

Veuillez aller à la page 3 pour la marche à suivre.

 DEMANDE INITIALE**PARTIE 1 – CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE PARTICIPANT OU LE PATIENT**

Nom du participant : _____

N° de police : _____ N° de certificat : _____

Nom du patient (si différent) : _____

Lien avec le participant : Conjoint Enfant à charge

Date de naissance du patient :

A	A	A	A	M	M	J	J

Le patient pour lequel vous demandez une autorisation préalable est-il couvert par un autre régime collectif?

 Oui Non

Recevez-vous de l'aide financière d'une autre provenance ou avez-vous présenté une demande d'aide financière à un autre organisme (par exemple en vertu d'un programme d'aide provincial ou d'un programme d'aide aux patients)? Si votre demande a été acceptée, veuillez fournir une copie de la réponse reçue. Si elle a été refusée, veuillez en donner la raison _____

Je consens à ce que toute déclaration figurant sur le présent formulaire serve à l'évaluation de la demande de remboursement de médicament que j'ai présentée en mon nom personnel ou au nom d'une de mes personnes à charge.

Si la demande de remboursement de médicament vise une de mes personnes à charge, je déclare avoir l'autorisation de divulguer des renseignements sur cette personne aux fins de la demande de remboursement de médicament.

En mon nom personnel et au nom de ma personne à ma charge, j'autorise mon médecin ou fournisseur de soins de santé à divulguer à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« iA Groupe financier ») et à échanger avec elle les renseignements demandés dans le présent formulaire concernant le médicament, qu'il me soit destiné ou qu'il soit destiné à ma personne à ma charge. Je consens à ce que l'information fournie dans le présent formulaire soit divulguée à iA Groupe financier, à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs, à ses fournisseurs et aux autres organisations travaillant avec iA Groupe financier à des fins de tarification, d'administration et de traitement de la demande de remboursement de médicament. J'accepte que l'on utilise mon numéro d'assurance sociale s'il tient lieu de numéro de certificat dans le cadre de l'administration de mon régime d'assurance collective.

Je reconnais qu'une photocopie de la présente confirmation et autorisation a la même validité que l'original.

X _____
Signature du participant

A	A	A	A	M	M	J	J

Date

Adresse : no. : _____ rue : _____ app. : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone domicile/cellulaire : _____ Téléphone travail : _____ Poste : _____

Courriel : _____

PARTIE 2 – CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

CAPTEUR FREESTYLE LIBRE 1

CAPTEUR FREESTYLE LIBRE 2

1. Diagnostic ou situation clinique

Autosurveillance de la glycémie d'une personne atteinte du diabète de type 1 âgée de 17 ans ou moins

Autosurveillance de la glycémie d'une personne diabétique âgée de 18 ans ou plus

Autre. Précisez : _____

2. Thérapie insulinique

Thérapie insulinique intensive

Traitement par pompe à insuline

≥ 3 injections d'insuline par jour

— Insuline à action rapide : _____ Nombre d'injections par jour : _____

— Insuline basale : _____ Nombre d'injections par jour : _____

Autre régime insulinique. Précisez : _____

3. Contrôle du diabète

Épisodes fréquents d'hypoglycémie durant la dernière année

Oui

Pour prévenir ses hypoglycémies, la personne a-t-elle adhéré à un plan de gestion de la glycémie?

Oui

Non

Non

Prénom et nom du médecin (en caractère d'imprimerie) : _____

Adresse : no. : _____ rue : _____ app. : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Courriel : _____ Numéro de permis : _____

Généraliste Spécialiste Autre, préciser : _____

TIMBRE

X _____
Signature du médecin

_____ A A A A M M J J
Date

Espace réservé à l'administration

COMMENT REMPLIR LE FORMULAIRE

Étape 1 : Le participant ou le patient doit remplir la partie 1.

Étape 2 : Le médecin prescripteur doit remplir la partie 2.

INFORMATION IMPORTANTE

- Tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire doivent être assumés par le participant/le patient.
- Le traitement de votre réclamation sera retardé si le présent formulaire n'est pas dûment rempli ou comporte des erreurs.
- Le présent formulaire vise à obtenir les renseignements nécessaires pour évaluer votre réclamation pour un médicament qui figure la liste d'autorisation préalable de iA Groupe financier. Le médicament doit répondre aux critères de votre régime pour être couvert. Au Québec, si un médicament est couvert parce qu'il figure sur la liste des médicaments d'exception de la RAMQ, il doit également répondre aux critères du présent régime pour être couvert.
- Le fait de remplir et de transmettre le présent formulaire ne signifie pas que votre demande sera acceptée. Vous recevrez le remboursement d'un médicament de la liste d'autorisation préalable uniquement si votre demande a été évaluée et acceptée par iA Groupe financier.
- Vous recevrez un avis dans les dix jours suivant la réception de votre demande chez iA Groupe financier. Cet avis vous informera de l'acceptation ou du refus de votre demande.
- Il est possible de voir le statut de la demande dans l'Espace client.

COMMENT NOUS FAIRE PARVENIR VOTRE FORMULAIRE

Par télécopieur (selon votre province de résidence) :

Québec

1 855 884-9811

Toutes les autres provinces

1 877 780-7247

Par messagerie sécurisée :

Connectez-vous à l'Espace client, notre site sécurisé, et cliquez sur l'enveloppe blanche située en haut de l'écran

Par courrier (selon votre province de résidence) :

Québec

Règlements, Santé et dentaire,
Assurance collective
C. P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5

Toutes les autres provinces

Règlements, Santé et dentaire,
Assurance collective
C. P. 4643, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 5E3

Pour toute question, veuillez communiquer avec le Service à la clientèle, au 1 877 422-6487.

Heures d'ouverture : du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h (HNE)