Desjardins Assurances
VIE • SANTÉ • RETRAITE

C. P. 3950
Lévis (Québec) G6V 8C6
Téléc. : 418 838-2134
1 877 838-2134

ASSURANCE COLLECTIVE - RÈGLEMENTS D'ASSURANCE MALADIE

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE MÉDICAMENTS DE MARQUE

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

- Tous frais engagés pour faire remplir le présent formulaire sont à la charge de l'adhérent.
- Le médicament de marque pour lequel vous demandez une exception est couvert jusqu'à concurrence du prix du médicament générique équivalent le moins cher disponible sur le marché. Si la présente demande est acceptée, ce médicament sera couvert au coût du médicament de marque.
- Veuillez remplir les sections A et B et demander à votre médecin de remplir les sections C et D. L'exception sera approuvée seulement si le médecin traitant fournit une raison médicale satisfaisante expliquant pourquoi le patient ne peut pas prendre le médicament générique équivalent le moins cher disponible sur le marché. Cette demande sera évaluée sur la base des renseignements médicaux fournis et pourrait être examinée par notre médecin ou notre pharmacien.

A - IDENTIFICATION DU PATIENT - À remplir par l'adhérent.

Nom du preneur		N° de contrat	N° de certificat
Nom et prénom de l'adhérent		Sexe M F	Date de naissance AAAA MM JJ
Adresse - N°, rue, app.	Ville	Province	Code postal
Nom et prénom du patient		Sexe M F	Date de naissance AAAA MM JJ
Relation avec l'adhérent		DIN (numéro d'identification du médicament)	

B - DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

J'atteste que les déclarations faites sur le présent formulaire sont exactes et complètes. Je reconnais avoir pris connaissance de la section Gestion des renseignements personnels au verso du présent formulaire. Aux strictes fins de la gestion du dossier et du règlement de la présente demande de prestations, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF), ci-après nommée Desjardins Assurances : a) à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus à mon sujet qui sont nécessaires au traitement de mon dossier. Sans que cette liste soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, ou de compagnies d'assurance; b) à ne communiquer auxdites personnes ou organismes que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet du dossier; c) à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détient déjà et dont l'objet est accompli. Le présent consentement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où elles sont visées par ma demande. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérent _____ **Date** _____

Signature de la personne à charge assurée âgée de 16 ans ou plus : **Date :**

C - DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT - À remplir par le médecin traitant.

1. Médicament prescrit (nom et dosage) : _____
2. Quel est le diagnostic dont le patient a fait l'objet? _____
3. Est-ce que le patient a essayé le médicament générique équivalent? ☐ Oui ☐ Non
4. Quelle est la raison médicale soutenant la demande? ☐ Contre-indication ☐ Effet indésirable ☐ Échec thérapeutique
   ☐ Autre : _____
5. Veuillez expliquer la raison médicale fournie à la question 4 et indiquer toute information supplémentaire pertinente à la présente demande :

D - IDENTIFICATION DU MÉDECIN TRAITANT - À remplir par le médecin traitant.

Nom et prénom du médecin traitant (EN LETTRES MAJUSCULES)			
Adresse - N°, rue, bureau	Ville	Province	Code postal
N° de téléphone : ( ) -		N° de télécopieur : ( ) -	
Signature du médecin traitant :		**Date :**	

Veuillez retourner par télécopieur au : 418 838-2134 ou 1 877 838-2134
ou par courrier à : Desjardins Assurances, C. P. 3950, Lévis (Québec) G6V 8C6

12126F (2017-09)

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

IMPRIMER RÉINITIALISER

GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Desjardins Assurances conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des services d'assurance collective qu'elle offre. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de Desjardins Assurances qui en ont besoin pour leur travail. Desjardins Assurances peut faire une compilation de renseignements rendus anonymes à des fins statistiques et d'information. Desjardins Assurances peut aussi communiquer avec ses assurés à des fins de gestion optimale de leur santé. Vous avez le droit de consulter votre dossier. Vous pouvez aussi y faire corriger des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, ambigus ou inutiles. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Desjardins Assurances, 200, rue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2. Desjardins Assurances peut utiliser la liste de ses clients afin d'offrir à ces derniers un produit d'assurance à la suite de la cessation de leur assurance collective. Si vous ne voulez pas recevoir une telle offre, vous avez le droit de faire rayer votre nom de cette liste. Vous devez alors envoyer une demande écrite au responsable de la protection des renseignements personnels chez Desjardins Assurances.