

## DEMANDE DE REMBOURSEMENT D'UN MÉDICAMENT NE FIGURANT PAS SUR LA LISTE DE MÉDICAMENTS GÉRÉE DU 1<sup>ER</sup> PALIER OU D'UN MÉDICAMENT DE MARQUE

### Renseignements importants

- Tous frais engagés pour faire remplir le présent formulaire sont à la charge de l'adhérent.
- L'adhérent au régime doit remplir les sections A et C.
- Si la présente demande concerne le remboursement d'un médicament ne figurant pas sur la liste de médicaments gérée du 1<sup>er</sup> palier, le médecin traitant doit remplir les sections D et F. Si elle concerne le remboursement d'un médicament de marque, le médecin traitant doit remplir les sections E et F. L'adhérent doit avoir lu et compris les directives indiquées dans ces sections.
- Cette demande sera évaluée sur la base des renseignements médicaux fournis et pourrait être examinée par notre médecin ou notre pharmacien.

### Section A – Identification du patient – À remplir par l'adhérent.

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

### Section B – Gestion des renseignements personnels

Pour vous servir au quotidien et pour respecter nos obligations légales, nous devons recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels à votre sujet. Pour plus de détails, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins au [www.desjardins.com/politique-confidentialite](https://www.desjardins.com/politique-confidentialite). Des consentements spécifiques pour assurer la réalisation et la continuité du service chez Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée Desjardins Assurances, peuvent vous être demandés. Ces démarches seront entreprises dans le respect de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Vos renseignements ne sont consultés que par les employés qui doivent y accéder pour exécuter leurs tâches. Desjardins Assurances peut aussi communiquer avec ses assurés à des fins de gestion optimale de leur santé (outils d'aide aux réclamations, documentation informative sur la santé, etc.) et offrir à ces derniers un produit d'assurance à la suite de la cessation de leur assurance collective. Vous avez le droit d'examiner les renseignements personnels que nous détenons à votre sujet et de demander la correction de tout renseignement incomplet, ambigu ou non pertinent. Pour connaître comment soumettre une telle demande, consultez notre Politique de confidentialité.

### Section C – Déclaration et autorisation à la collecte, à l'utilisation 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. Aux strictes fins de la gestion du dossier et du règlement de la présente demande de prestations, j'autorise 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. Afin d'atteindre les fins identifiées ci-dessus et pour vous offrir un accompagnement qui répond à vos besoins, vos renseignements pourraient être utilisés, sur une base dépersonnalisée, pour des analyses, des statistiques et l'élaboration de modèles prédictifs. 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 : \_\_\_\_\_

N°s de téléphone : Résidence : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ FAIRE REMPLIR LE VERSO DU FORMULAIRE PAR VOTRE MÉDECIN TRAITANT.**

## Section D – Médicament ne figurant pas sur la liste de médicaments gérée du 1<sup>er</sup> palier – Déclaration du médecin traitant – À remplir par le médecin.

- Le médicament pour lequel vous demandez une exception ne figure pas sur la liste de médicaments gérée du 1<sup>er</sup> palier et il est couvert à un pourcentage inférieur. Si cette demande est acceptée, il sera couvert à un pourcentage supérieur.
- L'exception sera approuvée seulement si le médecin traitant fournit une raison médicale satisfaisante expliquant pourquoi le patient ne peut pas prendre une alternative thérapeutique figurant sur la liste de médicaments gérée du 1<sup>er</sup> palier.
- Le médicament approuvé sera remboursé jusqu'à concurrence du prix du médicament générique équivalent le moins cher disponible sur le marché. Si le patient ne peut pas prendre ce médicament générique, le médecin traitant doit fournir une raison médicale satisfaisante à la section E.

1. Quel est le diagnostic dont le patient a fait l'objet? \_\_\_\_\_

2. Médicament demandé :

Nom et dosage : \_\_\_\_\_ DIN : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

3. Médicament alternatif figurant sur la liste de médicaments gérée du 1<sup>er</sup> palier essayé par le patient :

Nom et dosage : \_\_\_\_\_ DIN : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_ Durée du traitement : Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

4. Quelle est la raison médicale soutenant la demande :  Allergies  Effet indésirable  Échec thérapeutique  Autres : \_\_\_\_\_

Les effets attribuables à la réaction indésirable ou à l'allergie sont :

Légers (aucune intervention requise)  Modérés (intervention mineure requise)  Sévères (hospitalisation requise)  Danger de mort immédiat

Veuillez décrire la réaction indésirable ou allergique observée (nature, étendue, gravité) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Section E – Médicament de marque – Déclaration du médecin traitant – À remplir par le médecin.

- 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.
- 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.

1. Quel est le diagnostic dont le patient a fait l'objet? \_\_\_\_\_

2. Médicament d'origine demandé :

Nom et dosage : \_\_\_\_\_ DIN : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

3. Médicament générique essayé :

Nom et dosage : \_\_\_\_\_ DIN : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_ Durée du traitement : Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

4. Quelle est la raison médicale soutenant la demande :  Allergies  Effet indésirable  Échec thérapeutique  Autres : \_\_\_\_\_

Les effets attribuables à la réaction indésirable ou à l'allergie sont :

Légers (aucune intervention requise)  Modérés (intervention mineure requise)  Sévères (hospitalisation requise)  Danger de mort immédiat

Veuillez décrire la réaction indésirable ou allergique observée (nature, étendue, gravité) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Section F – Identification du médecin traitant – À remplir par le médecin traitant.

Nom et prénom du médecin traitant (EN LETTRES MAJUSCULES)

Adresse- N<sup>o</sup>, rue, bureau \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

N<sup>o</sup> de téléphone : \_\_\_\_\_ N<sup>o</sup> de télécopieur : \_\_\_\_\_

Signature du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

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