

Important

- Les frais engagés pour faire remplir ce formulaire doivent être acquittés par l'assuré.
- Veuillez remplir les sections 1, 2 et 5 et demander à votre médecin de remplir les sections 3 et 4.

Le présent formulaire vise à demander à La Capitale assureur de l'administration publique inc. d'évaluer la demande de remboursement pour un médicament de marque ne pouvant être substitué, pour des raisons médicales, par un médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché. Si votre demande est approuvée, l'acceptation sera pour une période déterminée et vous pourriez avoir à refaire une nouvelle demande pour une nouvelle période.

Faire parvenir ce formulaire dûment rempli à :

Beneva

625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500

Québec (Québec) G1K 8X9

ou par télécopieur au 418 646-0888 ou 1 877 210-9766

1. Identification de l'adhérent

Comme indiqués sur votre attestation d'assurance	N° de groupe	N° d'identification										
	ou											
	N° de police											
	Nom					Prénom						
Cochez la case appropriée	Cette demande de prestation vise : <input type="checkbox"/> adhérent <input type="checkbox"/> conjoint(e) <input type="checkbox"/> enfant											
Remplir cette section seulement si vos coordonnées ont changé	NOUVELLE ADRESSE SEULEMENT											
	N°, rue								Appartement			
	Ville					Province			Code postal			
	Téléphone (résidence)					Téléphone (travail)			Téléphone (cellulaire)			

2. Renseignements sur les personnes à charge – Remplir cette section si vous réclamez pour une personne à charge

Conjoint/
conjointe

Nom

Prénom

Date de naissance (AAAA/MM/JJ)

Enfant à charge Nom et prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Étudiant à temps plein	À remplir dans le cas d'une demande de remboursement pour un enfant de plus de 17 ou 20 ans, selon votre contrat d'assurance collective	
			Début de session scolaire (AAAA/MM/JJ)	Fin de session scolaire (AAAA/MM/JJ)
		<input type="checkbox"/>		

Beneva se réserve le droit de vous demander une preuve écrite de l'établissement fréquenté.

3. Identification du médecin traitant

Nom	Prénom		
Nº, rue			Bureau
Ville	Province	Code postal	
Téléphone	Télécopieur		

4. Déclaration du médecin traitant

Médicament prescrit : _____

Dosage : _____ DIN : _____

Diagnostic : _____

Réaction indésirable: Contre-indication Intolérance Autre

Détails : _____

Autres renseignements pertinents justifiant l'usage du médicament de marque :

Je certifie que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts.

X

Signature du médecin

Nº de permis

Date (AAAA/MM/JJ)

5. Déclaration et autorisation de l'assuré et l'adhérent

Assuré

Nom _____

Prénom _____

Adhérent

Nom _____

Prénom _____

J'autorise tout professionnel ou établissement public ou privé de santé, pharmacien, régime d'assurance maladie provincial, assureur, employeur, toute compagnie de réadaptation ou toute autre personne ou établissement détenant des renseignements médicaux ou financiers à mon sujet à fournir à La Capitale tout renseignement qu'elle jugera nécessaire à l'étude de ma demande.

J'autorise La Capitale à faire toute vérification ou enquête afin de s'assurer du bien-fondé de ma demande.

J'accepte que les renseignements fournis dans le présent formulaire et lors de demandes de règlements précédentes sous le même régime (si pertinent) soient utilisés par La Capitale ou ses mandataires pour la gestion de ma demande et pour la production de rapports statistiques.

Je déclare que les renseignements contenus aux présentes sont exacts et complets.

Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

X

Signature de l'assuré _____

Date (AAAA/MM/JJ) _____

X

Signature de l'adhérent _____

Date (AAAA/MM/JJ) _____