

Directives

Remplir le formulaire

1. La personne adhérente remplit la section A.
2. Le prescripteur remplit la section B.
3. Si la demande est acceptée, la date d'effet correspond à la date initiale de signature du médecin.

Transmettre le formulaire

1. Par télécopieur : 1 855 453-3942
2. Par la poste : C.P. 11051, succ. Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 0K1

Service à la clientèle

1 888 235-0606

A – Déclaration de la personne adhérente

1. Identification de la personne adhérente

Numéro de groupe/police	Numéro de certificat/identifiant	Courriel
Nom	Prénom	
Adresse (N°)	Rue	App.
Ville	Province	Code postal
		Téléphone

2. Identification du patient

Nom	Prénom	Date de naissance
		A A A A M M J J
Lien avec la personne adhérente : <input type="checkbox"/> Personne adhérente <input type="checkbox"/> Personne conjointe <input type="checkbox"/> Enfant à charge		
Statut de l'enfant : <input type="checkbox"/> Enfant handicapé <input type="checkbox"/> Étudiant Établissement scolaire : _____		

3. Protection des renseignements personnels

Beneva vous rappelle qu'elle accorde une grande importance à la protection de vos renseignements personnels. Pour en connaître davantage sur nos pratiques, nous vous invitons à consulter notre *Énoncé de confidentialité* au beneva.ca.

4. Déclaration

J'autorise tout professionnel et intervenant dans le domaine de la santé, fournisseur de soins de santé, établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, organisme privé, public ou parapublic, assureur ou réassureur, agence de renseignements, ainsi que toute autre personne physique ou morale susceptible de détenir des renseignements personnels à mon sujet ou au sujet de mes personnes à charge, notamment des renseignements médicaux, nécessaires afin d'administrer mon contrat d'assurance collective incluant notamment l'évaluation, la vérification, le traitement et le règlement de mes réclamations et demandes de prestations, à les communiquer à Beneva inc. Je reconnais avoir obtenu le consentement à la collecte, à l'utilisation et à la communication des renseignements personnels par Beneva inc. de la part des autres personnes visées par cette demande, le cas échéant.

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

X

Signature

Date

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

B – Déclaration du prescripteur

Le manque d'efficacité des versions génériques n'est pas une justification donnant droit au remboursement d'un médicament innovateur.

Toute omission de répondre à une question sur le formulaire occasionnera un refus puisque les critères d'autorisation ne pourront être validés.

1. Identification du prescripteur

Nom	Prénom	Téléphone
Numéro de permis	Spécialité	Télécopieur

2. Médicament innovateur visé par la demande

Nom du médicament			
Forme pharmaceutique	Teneur	Dose prescrite	Fréquence d'administration

3. Renseignements sur la demande

1. Marque de commerce du médicament générique responsable de l'allergie ou de l'intolérance grave	Nom : _____ Forme : _____ Teneur: _____
2. Réaction observée	<input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Allergie (passez directement à la question 4) *Toute autre justification sera refusée
3. Conséquence de l'intolérance pour la personne	<input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Prolongation d'une hospitalisation <input type="checkbox"/> Intervention médicale d'urgence <input type="checkbox"/> Invalidité ou incapacité persistante ou importante <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ _____
4. Description détaillée de la réaction, de ses conséquences et des mesures prises pour les traiter	

3. Renseignements sur la demande (suite)

5. Date de l'événement ou de l'apparition de la réaction	_____
6. Nom de l'ingrédient non médicinal ayant causé la réaction (Cette information est requise pour répondre aux prochaines questions)	_____
7. L'ingrédient non médicinal ayant causé la réaction est présent dans le médicament innovateur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8. Un médicament générique ayant une composition identique à celle du médicament innovateur demandé est disponible au Canada <input type="checkbox"/> Oui. Nom de ce médicament : _____ <input type="checkbox"/> Non	
9. Un médicament générique ne contenant pas l'ingrédient non médicinal causant la réaction est disponible au Canada <input type="checkbox"/> Oui. Nom de ce médicament : _____ <input type="checkbox"/> Non	
Si le médicament innovateur n'est pas la seule version du médicament disponible au Canada sans l'ingrédient causant la réaction, votre demande sera refusée.	
10. Autre dénomination commune tentée pour éviter l'allergie ou l'intolérance grave	_____

4. Informations complémentaires

5. Déclaration

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

X

Signature

_____| A | A | A | A | M | M | J | J |
Date