

Demande initiale Renouvellement**Directives****Remplir le formulaire**

1. La personne adhérente remplit la section A.
2. Le prescripteur doit remplir la section B (Demande initiale) ou C (Renouvellement).

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. 1 888 235-0606
2. Section *Nous joindre* de l'Espace client

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

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

 Date de naissance
Lien avec la personne adhérente : Personne adhérente Personne conjointe Enfant à chargeStatut de l'enfant : Enfant handicapé Étudiant Établissement scolaire : _____**3. Autres contrats d'assurance médicament détenus par le patient****Régime privé**Le patient est-il couvert par un autre régime privé d'assurance médicament? Non Oui

Si oui → Nom de l'assureur : _____

Statut de la demande : Accepté Refusé À l'étude La demande n'a pas été envoyée**Régime provincial**Pour le médicament demandé, le patient est-il couvert par un régime provincial? Non OuiSi oui → Statut de la demande : Accepté Refusé À l'étude La demande n'a pas été envoyée

Si le patient est couvert par une autre assurance médicament, veuillez joindre les documents d'acceptation ou de refus si applicable.

4. Protection des renseignements personnelsBeneva 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.**5. Déclaration de la personne adhérente**

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 de la personne adhérente

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

 Date

6. Médicaments ou traitements antérieurs

Médicament ou traitement	Posologie	Raison de l'arrêt	Durée du traitement
		<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance, préciser : <input type="checkbox"/> Contre-indication, préciser :	Début : A A A A M M J J Fin : A A A A M M J J
		<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance, préciser : <input type="checkbox"/> Contre-indication, préciser :	Début : A A A A M M J J Fin : A A A A M M J J
		<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance, préciser : <input type="checkbox"/> Contre-indication, préciser :	Début : A A A A M M J J Fin : A A A A M M J J
		<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance, préciser : <input type="checkbox"/> Contre-indication, préciser :	Début : A A A A M M J J Fin : A A A A M M J J

7. Informations complémentaires

Décrire, s'il y a lieu, les autres médicaments ou traitements médicaux reconnus efficaces pour le traitement de cette condition qui ne peuvent être prescrits à cause des conditions cliniques particulières au présent cas :

8. Déclaration

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

X

Signature du prescripteur

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

C – Déclaration du prescripteur – Renouvellement

1. Identification du prescripteur

Nom	Prénom	Téléphone
Numéro de permis	Spécialité	Télécopieur

2. Médicament prescrit

Nom du médicament	Début du traitement	Fin prévue du traitement	
Forme pharmaceutique	Teneur	Dose prescrite	Fréquence de l'administration
Lieu de l'administration : <input type="checkbox"/> Centre hospitalier, CHSLD, centre d'hébergement public et privé subventionné, consultations externes <input type="checkbox"/> Domicile, CLSC, cabinet privé <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____			

3. Diagnostic

Diagnostic : _____ Début des symptômes : _____

4. Renseignements cliniques

Renseignements cliniques liés à la poursuite du traitement. Veuillez ne fournir aucun résultat de test génétique.

Type d'analyse	Résultat de l'évaluation initiale	Résultat de l'évaluation subséquente la plus récente
Analyse de laboratoire (ex. : Hb, LDL-Chol, etc.)	_____	_____
Échelles reconnues d'évaluation de la gravité (DLQI, HAQ, ECOG, etc.)	_____	_____
Examens cliniques (imagerie, rapport d'investigation, IMC)	_____	_____

5. Autres effets bénéfiques observés depuis le début du traitement

6. Informations complémentaires

7. Déclaration du prescripteur

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

X _____ Date _____
Signature du prescripteur