

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DE MÉDICAMENTS DE MARQUE**

- Tous les 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 alors 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.

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
Numéro de téléphone			
Nom et prénom du patient		Date de naissance AAAA MM JJ	
Relation avec l'adhérent		DIN (numéro d'identification du médicament)	

Section B – 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 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, 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. 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 _____

Section C – Déclaration du médecin traitant – À remplir par le médecin traitant.

1. Quel est le diagnostic? _____

2. Médicament d'origine demandé :

Nom et dosage _____ DIN _____

Posologie _____

3. Médicament générique essayé :

Nom et dosage _____ DIN _____

Posologie _____ Période d'essai : Du _____ Au _____

4. Quelle est la raison médicale de la demande? : ☐ Allergies / Intolérance ☐ Autres _____

Veuillez préciser la gravité et la nature du problème de santé et ses conséquences sur le patient _____

Veuillez fournir des données objectives et des résultats d'exams cliniques pertinents justifiant le retour au médicament de marque _____

Section 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 de médecin traitant : _____ Date : _____

Section E – 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. Des consentements spécifiques pour assurer la réalisation et la continuité du service chez 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.

**Choisissez l'une des options suivantes pour nous faire parvenir ce formulaire et les autres documents requis au besoin.
Conservez une copie pour vos dossiers.**

En ligne

1. Rendez-vous au desjardins.com/adherent et cliquez sur **Accéder à votre dossier**.
2. Saisissez votre code d'utilisateur et votre mot de passe afin de vous connecter à votre dossier d'assurance collective.
3. Dans l'onglet **Outils et ressources**, sélectionnez *Envoi de documents*, puis cliquez sur **Commencer l'envoi**.
4. Dans le menu déroulant **Type d'assurance**, sélectionnez *Assurance soins de santé*.
5. Dans le menu déroulant **Type de document**, sélectionnez *Formulaires*.
6. Dans la liste sous **Nom du document**, sélectionnez *Demande d'autorisation préalable – Médicaments*.
7. Joignez vos documents et finalisez l'envoi.

Par la poste

Desjardins Assurances
Assurance collective, Règlements d'assurance
maladie
C. P. 3950
Lévis (Québec) G6V 8C6

Par télécopieur

418 838-2134
1 877 838-2134 (sans frais)