

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

### Renseignements importants

- Tous les frais engagés pour faire remplir ce formulaire sont à la charge de l'adhérent.
- L'adhérent doit remplir les sections A et C.
- Le médicament pour lequel vous demandez une exception ne figure pas sur la liste de médicaments du 1<sup>er</sup> palier. Si cette demande est acceptée, il sera couvert à un pourcentage plus élevé que celui appliqué actuellement. 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 du 1<sup>er</sup> palier.
- Le médecin traitant doit remplir les sections D et E.
- Cette demande sera analysée sur la base des renseignements médicaux fournis et pourrait être examinée par un de nos médecins ou pharmacien conseils.

### 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			
Adresse – N°, rue, app.	Ville	Province	Code postal	
Nom et prénom du patient	Date de naissance			
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](http://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 :

- 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;
- 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;
- 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 – Déclaration du médecin traitant – À remplir par le médecin traitant.

1. Quel est le diagnostic? \_\_\_\_\_

2. Médicament demandé :

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

Posologie \_\_\_\_\_

3. Médicament alternatif figurant sur la liste de médicaments 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 de la demande?

Allergies

Effet indésirable

Échec thérapeutique

Autres \_\_\_\_\_

Les effets attribuables à la réaction indésirable ou allergique sont :

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

Décrivez la réaction indésirable ou allergique observée (nature, étendue, gravité) \_\_\_\_\_

## Section E – 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 du médecin traitant   X   \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Choisissez l'une des options suivantes pour nous faire parvenir ce formulaire et tout autre document requis.  
Conservez une copie pour vos dossiers.**

### En ligne

1. Rendez-vous au [desjardins.com/adherent](http://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 télécopieur

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

### Par la poste

Desjardins Assurances  
C. P. 3950  
Lévis (Québec) G6V 8C6