

Demande d'approbation d'un médicament de marque Assurance collective

Le médicament prescrit dont vous demandez le remboursement à titre exceptionnel est remboursable selon le coût du médicament de substitution le moins élevé. Si votre demande d'approbation est acceptée, les frais seront réglés selon le coût raisonnable et habituel demandé pour le produit délivré.

Les frais liés au médicament prescrit ne seront pris en charge que si le médecin prescripteur indique que le médicament de substitution au coût le moins élevé ne peut pas être toléré ou est inefficace dans le cas du patient.

Pour demander cette couverture spéciale, veuillez remplir les sections 1 et 3 et demander à votre médecin de remplir la section 2.

1 Renseignements généraux Vos numéros de contrat et de certificat figurent sur votre carte d'identification.	Numéro de contrat	Numéro de certificat du participant	Promoteur de régime		
	Prénom et nom du participant			Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	
	Adresse (numéro, rue, appartement)		Ville	Province	Code postal
	Prénom et nom du patient			Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	
	Lien avec le participant		DIN (numéro d'identification du médicament)		
2 Déclaration du médecin À remplir par le médecin Nota : Tous frais demandés pour remplir le présent formulaire sont à la charge du participant.	Médicament prescrit (nom chimique, forme posologique, teneur)				
	Pour que les frais liés au médicament prescrit puissent être pris en charge au titre du contrat, vous devez sélectionner ci-dessous la raison médicale pertinente, laquelle indique pourquoi le médicament de substitution au coût le moins élevé ne peut pas être toléré ou est inefficace pour le patient. <input type="radio"/> Effet indésirable <input type="radio"/> Échec thérapeutique				
	Prénom et nom du médecin			Numéro de téléphone du médecin ()	
	Adresse du médecin (numéro, rue, bureau)		Ville	Province	Code postal
	Signature du médecin			Date (jj/mmmm/aaaa)	
3 Autorisation Veuillez signer et dater ici.	<p>Je certifie que tous les biens et services faisant l'objet de la présente demande de règlement ont été reçus par moi-même, mon conjoint ou les personnes à ma charge mineures ou majeures (personnes à ma charge) et que les renseignements fournis sont exacts et complets. J'autorise la Financière Manuvie (Manuvie) à recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels relatifs à ma demande (renseignements) aux fins de la gestion du régime d'assurance collective, de vérifications et du traitement de ma demande. Les personnes à ma charge m'autorisent à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet lorsqu'ils sont nécessaires aux fins ci-dessus. J'autorise toute personne ou organisation détenant des renseignements pertinents, notamment tout professionnel de la santé ou établissement de soins de santé, autorité professionnelle, employeur, administrateur de régime ou d'autres programmes d'avantages sociaux, assureur et service d'enquête, à recueillir, utiliser, conserver – et échanger entre eux et avec Manuvie, ses réassureurs et ses prestataires de services – les renseignements nécessaires aux fins ci-dessus. Si mon numéro d'assurance sociale correspond à mon numéro de certificat, j'autorise son utilisation à des fins d'identification et d'administration. Je reconnais qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est valide. Je comprends que je peux obtenir de l'information sur la politique de Manuvie en matière de protection des renseignements personnels en consultant le site www.manuvie.ca/participant ou en m'adressant au promoteur du régime.</p>				
	Signature du participant			Date (jj/mmmm/aaaa)	
4 Directives d'envoi	Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli à l'adresse appropriée.				
	Assurance collective Financière Manuvie Règlements Soins médicaux P.O. Box 1653 Waterloo (Ontario) N2J 4W1		Assurance collective Financière Manuvie Règlements Soins médicaux C. P. 2580, succ. B Montréal (Québec) H3B 5C6		