

Directives

Remplir le formulaire

1. La personne adhérente remplit la section A.
2. Le prescripteur remplit la section B.

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
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 <input type="checkbox"/> Établissement scolaire : _____		

3. Autre couverture d'assurance médicament détenue par le patient

Régime privé Le patient est-il couvert par un autre régime privé d'assurance médicament? Oui Non

Si oui → Nom de l'assureur : _____

Statut de la demande : Accepté Refusé À l'étude La demande n'a pas été envoyée

Régime public Pour le médicament demandé, le patient est-il couvert par un régime provincial? Oui Non

Si 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, joindre les documents d'acceptation ou de refus si applicable.

4. 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.

5. 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

B – Déclaration du prescripteur

1. Identification du prescripteur

Nom	Prénom	Téléphone
Numéro de permis	Spécialité	Télocopieur

2. Médicament prescrit

Nom du médicament	Début du traitement	Fin du traitement	
Forme pharmaceutique	Teneur	Dose prescrite	Fréquence de l'administration

3. Exceptions à la transition obligatoire

- Grossesse en cours Date prévue de l'accouchement : | A | A | A | A | M | M | J | J |
- Personne âgée de moins de 18 ans
- Le médicament visé est administré via une pompe à insuline qui n'est pas compatible avec la version biosimilaire équivalente, préciser : _____
- La personne admissible en cours de traitement avec ce médicament est monoculaire
- Échec thérapeutique avant le début du traitement avec le médicament biologique de référence à au moins deux autres médicaments biologiques, préciser :

Médicament biologique	Date d'utilisation
	Début : A A A A M M J J Fin : A A A A M M J J
	Début : A A A A M M J J Fin : A A A A M M J J
	Début : A A A A M M J J Fin : A A A A M M J J

- Autre raison, préciser : _____

4. Déclaration du prescripteur

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

X _____ | A | A | A | A | M | M | J | J |
Signature Date