

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

Si applicables, tous les frais exigés pour remplir ce formulaire doivent être assumés par la personne adhérente.

**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	
				A   A   A   A   M   M   J   J	

Lien avec la personne adhérente :  Personne adhérente  Personne conjointe  Enfant à charge

Statut 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 ?  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 provincial** 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](http://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

Date

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

## B – Déclaration du prescripteur – Demande initiale

### 1. Identification du prescripteur

Nom	Prénom	Téléphone
Numéro de permis	Spécialité	Télécopieur

### 2. Médicament prescrit

Nom du médicament	Début du traitement	Fin 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 : _____		
Type d'administration :	<input type="checkbox"/> En monothérapie <input type="checkbox"/> En association, préciser : _____		

### 3. Diagnostic

Diagnostic : \_\_\_\_\_  
Début des symptômes : | A | A | A | A | M | M | J | J |

### 4. Résultats d'analyse pertinents AVANT le début des traitements

Veillez ne fournir aucun résultat de test génétique

	Type d'analyse	Résultat	Date
Analyse de laboratoire (ex. : hb, LDL-Chol, etc.)			A   A   A   A   M   M   J   J
Échelles reconnues d'évaluation de la gravité (DLQI, HAQ, ECOG, etc.)			A   A   A   A   M   M   J   J
Examens cliniques (imagerie, rapport d'investigation, IMC)			A   A   A   A   M   M   J   J

### 5. Informations complémentaires

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 6. Médicaments ou traitements antérieurs

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

### 7. Déclaration du prescripteur

Je déclare que les renseignements sont exacts et complets. Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

**X** \_\_\_\_\_ | A | A | A | A | M | M | J | J |  
Signature du prescripteur 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 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 : _____		
Type d'administration :	<input type="checkbox"/> En monothérapie <input type="checkbox"/> En association, préciser : _____		

### 3. Diagnostic

Diagnostic : \_\_\_\_\_

Début des symptômes : \_\_\_\_\_

### 4. Renseignements cliniques liés à la poursuite du traitement

Veillez 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.)	Date : _____	Date : _____
Échelles reconnues d'évaluation de la gravité (DLQI, HAQ, ECOG, etc.)	Date : _____	Date : _____
Examens cliniques (imagerie, rapport d'investigation, IMC)	Date : _____	Date : _____

### 5. Informations complémentaires

---

---

---

### 6. Déclaration du prescripteur

Je déclare que les renseignements sont exacts et complets. Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

**X** \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature du prescripteur