

Directives**Remplir le formulaire**

1. La personne adhérente remplit la section A.
2. Le prescripteur remplit la section B.
3. Si la demande est acceptée, la date d'effet correspond à la date initiale de signature du médecin.

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 Établissement scolaire : _____					

3. 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.

4. 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

_____ A	_____ A	_____ A	_____ A	_____ M	_____ M	_____ J	_____ J
------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------

B – Déclaration du prescripteur

1. Identification du prescripteur

Nom	Prénom	Téléphone
Numéro de permis	Spécialité	Télécopieur

2. Médicament(s) pour lequel(s) on demande une (des) autorisation(s)

Nom du médicament	Code justificatif
Nom du médicament	Code justificatif
Nom du médicament	Code justificatif

Code justificatif	Considérations thérapeutiques qui justifient la prise d'un ou plusieurs produits innovateurs
NPS A	Allergie documentée à un ingrédient non médicinal présent dans la composition des médicaments génériques, mais absent de celle du produit innovateur
NPS B	Intolérance documentée à un ingrédient non médicinal présent dans la composition des médicaments génériques, mais absent de celle du produit innovateur
NPS C	Forme pharmaceutique essentielle à l'atteinte des résultats cliniques escomptés lorsque le produit innovateur est le seul inscrit à la <i>Liste des médicaments</i> sous cette forme
Immuno	Prescription portant la mention « Ne pas substituer » pour un immunosuppresseur (azathioprine, mycophénolate mofétil, mycophénolate sodique, sirolimus, tacrolimus)
Clozapine	Prescription portant la mention « Ne pas substituer » pour la clozapine

3. Déclaration

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

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