INDUSTRIELLE ALLIANCE
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.

Imprimer

www.inalco.com

ASSURANCE COLLECTIVE

FORMULAIRE D'AUTORISATION PRÉALABLE

Selon votre province de résidence, veuillez soumettre votre demande à :

Québec
C. P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5
Téléc. : 1 855 884-9811

Ontario, provinces de l'Atlantique et de l'Ouest
522, avenue University, bur. 400
Toronto (Ontario) M5G 1Y7
Téléc. : 1 877 780-7247

Le présent formulaire vise à obtenir les renseignements nécessaires pour évaluer votre demande de remboursement d'un médicament qui figure sur la liste d'autorisation préalable de l'Industrielle Alliance. Le médicament doit répondre aux critères de couverture de votre régime. Au Québec, s'il s'agit d'un médicament couvert parce qu'il figure sur la liste des médicaments d'exception de la RAMQ, il doit également répondre aux critères de couverture de ce régime.

PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT/PATIENT

Nom du participant _____

N° de police _____ N° de certificat _____

Nom du patient (si différent) _____

Lien avec le participant _____ Date de naissance A M J

PARTIE 2 – CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN

1. Nom du médicament _____ Dose quotidienne : _____
2. Durée prévue du traitement _____
3. Indiquer l'affection qui justifie la prise du médicament susmentionné _____
4. Décrire brièvement l'état de santé actuel du patient _____
5. Décrire les programmes de traitement préalables et les résultats obtenus _____
6. Indiquer le lieu où la médication sera administrée
   ☐ À domicile (autoadministrée) ☐ À l'hôpital ☐ Dans une clinique privée ☐ Autre, préciser _____
7. Existe-t-il d'autres médicaments pour traiter ce patient? _____
8. Est-ce que d'autres sources peuvent financer ce médicament? (p. ex. : le ministère de la Santé, un programme spécial de remboursement du médicament, un organisme de bienfaisance, etc.) _____
9. Est-ce qu'un médecin spécialiste participe au traitement? ☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, veuillez fournir une copie de son rapport de consultation.
10. Veuillez fournir tous les renseignements supplémentaires qui justifient la prise de ce médicament pour ce patient _____

Nom de famille et prénom du médecin _____

Adresse _____ Code postal _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Adresse de courrier électronique _____

☐ Généraliste ☐ Spécialiste ☐ Autre, préciser _____

Signature **X** _____ Date A M J

PARTIE 3 – CONFIRMATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT

Je consens à ce que toute déclaration figurant sur le présent formulaire serve à l'évaluation de la demande de remboursement de médicament que j'ai présentée en mon nom personnel ou au nom d'une de mes personnes à charge.

Si la demande de remboursement de médicament vise une de mes personnes à charge, je déclare avoir l'autorisation de divulguer des renseignements sur cette personne aux fins de la demande de remboursement de médicament.

En mon nom personnel et au nom de ma personne à ma charge, j'autorise mon médecin ou fournisseur de soins de santé à divulguer à l'Industrielle Alliance et à échanger avec elle les renseignements demandés dans le présent formulaire concernant le médicament, qu'il me soit destiné ou qu'il soit destiné à ma personne à ma charge. Je consens à ce que les renseignements qui figurent sur le présent formulaire soient divulgués à l'Industrielle Alliance, à ses employés, à ses représentants et aux réassureurs. J'accepte que l'on utilise mon numéro d'assurance sociale s'il tient lieu de numéro de certificat dans le cadre de l'administration de mon régime d'assurance collective.

JE RECONNAIS qu'une photocopie de la présente confirmation et autorisation a la même validité que l'original.

Signature du participant **X** _____ Date A M J

Adresse _____ Code postal _____

Tél. (domicile) _____ Tél. (travail) _____ Poste _____