



DEMANDE D'AUTORISATION POUR LA COUVERTURE D'UN MÉDICAMENT D'ORIGINE

Les renseignements fournis dans les présentes nous aident à évaluer votre demande de couverture d'un médicament non générique. Pour être admissible à cette couverture, une preuve médicale doit indiquer que vous subirez des effets secondaires en utilisant une version générique.

Les frais que peut demander votre médecin pour remplir ce formulaire sont à votre charge.

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom de famille et prénom du patient _____
 Nom de famille et prénom de l'assuré _____ Numéro de téléphone (____) _____
 Numéros d'entreprise/de division _____ Numéro de certificat _____
 Adresse _____
 Numéro, rue Ville Province Code postal

IDENTIFICATION DU MÉDECIN (À REMPLIR PAR LE MÉDECIN. VEUILLEZ ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.)

Nom du médecin _____
 Nom de famille Prénom
 Adresse _____
 Numéro, rue Ville Province Code postal
 Spécialité médicale _____ Numéro de téléphone (____) _____

DÉTERMINATION DU MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE (À REMPLIR PAR LE MÉDECIN. VEUILLEZ ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.)

Médicament d'origine demandé _____ DIN _____ Dosage/fréquence _____
 Médicament générique prescrit _____ DIN _____ Dosage/fréquence _____
 Résultats attribués au médicament générique (Veuillez indiquer la nature, l'étendue et la gravité de la réaction le cas échéant, ou indiquer s.o.) :
 Effet indésirable _____
 Échec thérapeutique _____
 Réaction allergique _____
 Autre _____
 Durée prévue de la thérapie _____
 Signature du médecin _____ Date _____

DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai entrés sur le formulaire sont exacts et complets.

J'autorise Avantage Maximum et ses assureurs à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels applicables à la présente demande aux fins de l'administration, de l'évaluation, de l'investigation, du traitement des demandes de règlement, de la tarification et de l'établissement de l'admissibilité au régime. La liste non exhaustive des sources auprès desquelles les renseignements peuvent être obtenus comprend les professionnels de la santé, les établissements, les fournisseurs, les compagnies d'assurance et d'autres organismes ou personnes. La présente autorisation est aussi valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties aux termes du présent régime.

J'ai été avisé(e) qu'il est possible d'obtenir des renseignements plus détaillés sur la collecte et l'utilisation de mes renseignements personnels à la section « Politique de confidentialité et conditions d'utilisation » du site www.avantagemaximum.ca ou auprès de l'administrateur de mon régime d'assurance collective.

Signature de l'employé _____ Date _____