

DEMANDE DE REMBOURSEMENT D'UN MÉDICAMENT BIOLOGIQUE DE RÉFÉRENCE

- Tous frais engagés pour faire remplir le présent formulaire sont à la charge de l'adhérent.
- Veuillez remplir les sections A et B et demander à votre médecin de remplir les sections D et E. L'exception sera approuvée seulement si le médecin traitant fournit une raison médicale satisfaisante expliquant pourquoi le patient ne peut pas prendre une version biosimilaire du médicament biologique de référence. Cette demande sera évaluée sur la base des renseignements médicaux fournis et pourrait être examinée par notre médecin ou notre pharmacien.

Section A – Identification du patient – À remplir par l'adhérent.

Nom du preneur	N° de contrat	N° de certificat	
Nom et prénom de l'adhérent	Date de naissance AAAA MM JJ		
Adresse – N°, rue, app.	Ville	Province	Code postal
Nom et prénom du patient	Date de naissance AAAA MM JJ		
Relation avec l'adhérent	DIN (numéro d'identification du médicament)		

Section B – Déclaration et autorisation à la collecte, à l'utilisation et à la communication de renseignements personnels

J'atteste que les déclarations faites sur le présent formulaire sont exactes et complètes. Je reconnais avoir pris connaissance de la section Gestion des renseignements personnels au verso du présent formulaire. Aux strictes fins de la gestion du dossier et du règlement de la présente demande de prestations, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF), ci-après nommée Desjardins Assurances : a) à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus à mon sujet qui sont nécessaires au traitement de mon dossier. Sans que cette liste soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, ou de compagnies d'assurance; b) à ne communiquer auxdites personnes ou organismes que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet du dossier; c) à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détient déjà et dont l'objet est accompli. Afin d'atteindre les fins identifiées ci-dessus et pour vous offrir un accompagnement qui répond à vos besoins, vos renseignements pourraient être utilisés, sur une base dépersonnalisée, pour des analyses, des statistiques et l'élaboration de modèles prédictifs. Le présent consentement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où elles sont visées par ma demande. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérent : _____ Date : _____

Signature de la personne à charge assurée âgée de 16 ans ou plus : _____ Date : _____

N° de téléphone : Résidence : _____ Travail : _____ Poste : _____

Section C – Gestion des renseignements personnels

Pour vous servir au quotidien et pour respecter nos obligations légales, nous devons recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels à votre sujet. Pour plus de détails, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins au www.desjardins.com/politique-confidentialite. Des consentements spécifiques pour assurer la réalisation et la continuité du service chez Desjardins Assurances peuvent vous être demandés. Ces démarches seront entreprises dans le respect de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Vos renseignements ne sont consultés que par les employés qui doivent y accéder pour exécuter leurs tâches. Desjardins Assurances peut aussi communiquer avec ses assurés à des fins de gestion optimale de leur santé (outils d'aide aux réclamations, documentation informative sur la santé, etc.) et offrir à ces derniers un produit d'assurance à la suite de la cessation de leur assurance collective. Vous avez le droit d'examiner les renseignements personnels que nous détenons à votre sujet et de demander la correction de tout renseignement incomplet, ambigu ou non pertinent. Pour connaître comment soumettre une telle demande, consultez notre Politique de confidentialité.

Veuillez remplir la section du médecin traitant au verso.

Section D – Déclaration du médecin traitant – À remplir par le médecin traitant.

ATTENTION

Ce formulaire doit être utilisé pour demander une exemption de la transition vers un biosimilaire seulement.

Aucune demande pour un médicament de référence ne sera considérée si le patient n'est pas déjà en cours de traitement avec celui-ci et remboursé par un régime public ou privé d'assurance médicaments.

1. Médicament biologique de référence demandé : _____

2. Veuillez préciser la raison pour laquelle le patient ne peut pas faire la transition vers une version biosimilaire du médicament biologique de référence :

Femme enceinte – Date prévue de l'accouchement : _____ **AAAA-MM-JJ** _____

Patient pédiatrique

Patient ayant présenté un échec thérapeutique à au moins 2 autres médicaments biologiques

Veuillez préciser les médicaments biologiques essayés : _____

Autre – Veuillez fournir une justification médicale suffisamment documentée.

Section E – Identification du médecin traitant – À remplir par le médecin traitant.

Nom et prénom du médecin traitant (EN LETTRES MAJUSCULES)

Adresse – N°, rue, bureau _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

N° de téléphone _____ N° de télécopieur _____

Signature du médecin traitant : _____ Date : _____

**Retourner par télécopieur au : 418 838-2134 ou 1 877 838-2134
ou par courrier à : Desjardins Assurances, C. P. 3950, Lévis (Québec) G6V 8C6**