

Directives

Remplir le formulaire

1. La personne adhérente remplit la section A.
2. Le prescripteur remplit la section B.

Transmettre le formulaire

1. Par l'Espace client
2. Par télécopieur : 1 855 453-3942
3. Par la poste : 2525, boul. Laurier, C.P. 10500, Québec (Québec) G1V 4H6

Service à la clientèle

1. Section *Nous joindre* de l'Espace client
2. 1 800 380-2588

A – Déclaration de la personne adhérente

1. Identification de la personne adhérente

N° de certificat

N° de police

Courriel

Nom

Prénom

Adresse

Ville

Province

Code postal

Téléphone

2. Identification du patient

Nom

Prénom

Date de naissance

Lien avec la personne adhérente : Personne conjointe Enfant à charge Statut de l'enfant : Étudiant Enfant handicapé

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, veuillez 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 www.beneva.ca.

5. Déclaration

J'autorise tout professionnel et intervenant dans le domaine de la santé, professionnel en réadaptation, fournisseur de soins de santé, établissement public ou privé de santé ou services sociaux, organisme privé, public ou parapublic, assureur ou réassureur, employeur ou ancien employeur, preneur, agence de renseignements ou toute autre personne physique ou morale susceptible de détenir des renseignements personnels à mon sujet, tels que des renseignements médicaux nécessaires à l'administration de ma demande 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.

Signature

Date

B – Déclaration du prescripteur

1. Identification du prescripteur

Nom _____ Prénom _____ Téléphone _____
N° de permis : _____ Spécialité _____ Télécopieur _____

2. Médicament prescrit

Nom du médicament _____ Début du traitement _____ Fin du traitement _____
Forme pharmaceutique _____ Teneur _____ Dose prescrite _____ Fréquence d'administration _____

3. Diagnostic

Diabète de type 2 confirmé Autre, préciser : _____ Début des symptômes : _____

4. Résumé des essais antérieurs

Médicament	Posologie	Raison de l'arrêt	Durée du traitement
Nom : _____		<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance	Début : _____ Fin : _____
Nom : _____		<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance	Début : _____ Fin : _____

5. Renseignements supplémentaires

6. Déclaration

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

Signature

Date