

Demande d'approbation d'un médicament de marque

Le médicament prescrit pour lequel vous demandez une exception est couvert jusqu'au coût du médicament de remplacement le moins élevé. Si cette exception est approuvée, vous recevrez un remboursement jusqu'à concurrence du prix raisonnable et habituel pour le produit délivré. Certains régimes ne permettent pas le remboursement des médicaments de marque s'il existe un médicament générique équivalent. Selon les particularités de votre régime, il se peut que vous ne soyez pas admissible au remboursement du médicament de marque.

Le coût du médicament prescrit ne sera pris en compte dans le cadre de ce régime que si le médecin prescripteur indique que les médicaments de remplacement au coût le moins élevé ne peuvent être tolérés ou sont inefficaces pour le patient.

Pour demander une exception, veuillez remplir les sections 1 et 3, et demander à votre médecin de remplir la section 2.

SECTION 1 RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom de famille	N° d'id de GreenShield	Nom de l'employeur
Prénom	Date de naissance (A/M/J)	Numéro de téléphone
Adresse municipale	Ville (Province)	Code postal

SECTION 2 – DÉCLARATION DU MÉDECIN (tous les frais exigés pour remplir ce formulaire doivent être payés par l'assuré)

La section 2 doit être remplie au complet par le prescripteur. Au moins deux médicaments génériques différents doivent être testés. Toute la section ci-dessous doit être remplie pour chaque médicament générique mis à l'essai aux fins d'examen. Dans les cas particuliers où un seul médicament générique est offert sur le marché, un seul médicament générique doit être testé.

Médicament générique n°1 _____ **DIN** _____

Fabriqueur _____ Posologie _____

Dates d'utilisation _____

Effets indésirables : _____

Date où ces effets sont survenus : _____

Gravité :

Mettant la vie en danger Admis à l'hôpital Invalidité Besoin de soins médicaux

Un rapport a-t-il été déposé auprès de Santé Canada Oui Non

Le rapport a-t-il été soumis au fabricant Oui Non

Médicament générique n°2 _____ **DIN** _____

Fabriqueur _____ Posologie _____

Dates d'utilisation _____

Effets indésirables : _____

Date où ces effets sont survenus : _____

Gravité :

Mettant la vie en danger Admis à l'hôpital Invalidité Besoin de soins médicaux

Un rapport a-t-il été déposé auprès de Santé Canada Oui Non

Le rapport a-t-il été soumis au fabricant Oui Non

Nom du médecin	Numéro de téléphone
Adresse municipale	Numéro de télécopieur
Ville (Province)	Code postal
Signature du médecin	Date de signature (A/M/J)

SECTION 3 AUTORISATION (veuillez signer et inscrire la date ici)

Je suis autorisé(e) par mon (ma) conjoint(e) ou les personnes à ma charge à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet pour utilisation à cette fin. Je comprends que ces renseignements peuvent être consultés par le titulaire de la carte du régime.

En signant ce formulaire de réclamation ou en soumettant des reçus, j'atteste que les renseignements fournis sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements que je fournis à Green Shield Canada à mon sujet et au sujet des personnes à ma charge seront utilisés par Green Shield Canada pour évaluer ma réclamation et pour fournir tous les autres services nécessaires à l'administration des garanties, ce qui peut comprendre l'échange de renseignements avec d'autres parties aux fins d'administration de la présente réclamation.

J'autorise également Green Shield Canada à obtenir et à échanger des renseignements avec d'autres parties, comme des professionnels de la santé ou des assureurs, afin de confirmer l'exactitude des renseignements dans les réclamations soumises. Si une activité frauduleuse est soupçonnée à l'égard des réclamations soumises en mon nom ou au nom de mes personnes à charge, je reconnais et j'accepte la divulgation de ces renseignements aux parties concernées, comme le preneur de contrat et les organismes de réglementation et d'application de la loi.

Signature de la personne assurée

Date de signature

SECTION 4 DIRECTIVES D'ENVOI PAR LA POSTE

Une fois rempli, retournez le formulaire de demande accompagné de tous les reçus originaux de pharmacie officiels payés à l'adresse :

Green Shield Canada, Service des autorisations spéciales pour médicaments

C.P. 1606

Windsor (Ontario) N9A 6W1

Les formulaires peuvent être envoyés par télécopieur ou par courriel : Télécopieur : 1 519 739-6483 ou sans frais : 1 866 797 6483

Courriel : drugspecial.autho@greenshield.ca