JOHNSON

Demande d'approbation d'un médicament de marque :
Avec le formulaire demandé, le médecin doit aussi nous faire parvenir des informations supplémentaires en ce qui concerne les détails de la réaction indésirable et/ou échec thérapeutique.
S'il-vous-plait veuillez noter que si les informations additionnelles ne sont pas fournis, ce formulaire vous sera retourné afin d'obtenir les informations manquantes.

Financière Manuvie

Pour votre avenir[MC]

Demande d'approbation d'un médicament de marque
Assurance collective

Le médicament prescrit dont vous demandez le remboursement à titre exceptionnel est remboursable selon le coût du médicament de substitution le moins élevé. Si votre demande d'approbation est acceptée, les frais seront réglés selon le coût raisonnable et habituel demandé pour le produit délivré.

Les frais liés au médicament prescrit ne seront pris en charge que si le médecin prescripteur indique que le médicament de substitution au coût le moins élevé ne peut pas être toléré ou est inefficace dans le cas du patient.

Pour demander cette couverture spéciale, veuillez remplir les sections 1 et 3 et demander à votre médecin de remplir la section 2.

1 Renseignements généraux

Vos numéros de contrat et de certificat figurent sur votre carte d'identification.

Numéro de contrat	Numéro de certificat du participant	Promoteur de régime	
Prénom et nom du participant		Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	
Adresse (numéro, rue, appartement)	Ville	Province	Code postal
Prénom et nom du patient		Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	
Lien avec le participant	DIN (numéro d'identification du médicament)		

2 Déclaration du médecin

À remplir par le médecin

Nota : Tous frais demandés pour remplir le présent formulaire sont à la charge du participant.

Médicament prescrit (nom chimique, forme posologique, teneur)

Pour que les frais liés au médicament prescrit puissent être pris en charge au titre du contrat, vous devez sélectionner ci-dessous la raison médicale pertinente, laquelle indique pourquoi le médicament de substitution au coût le moins élevé ne peut pas être toléré ou est inefficace pour le patient.

◯ Effet indésirable ◯ Échec thérapeutique

Prénom et nom du médecin		Numéro de téléphone du médecin ( )	
Adresse du médecin (numéro, rue, bureau)	Ville	Province	Code postal
Signature du médecin		Date (jj/mmmm/aaaa)	

3 Autorisation

Je certifie que tous les biens et services faisant l'objet de la présente demande de règlement ont été reçus par moi-même, mon conjoint ou les personnes à ma charge mineures ou majeures (personnes à ma charge) et que les renseignements fournis sont exacts et complets. **J'autorise** la Financière Manuvie (Manuvie) à recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels relatifs à ma demande (renseignements) aux fins de la gestion du régime d'assurance collective, de vérifications et du traitement de ma demande. Les personnes à ma charge **m'autorisent** à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet lorsqu'ils sont nécessaires aux fins ci-dessus. **J'autorise** toute personne ou organisation détenant des renseignements pertinents, notamment tout professionnel de la santé ou établissement de soins de santé, autorité professionnelle, employeur, administrateur de régime ou d'autres programmes d'avantages sociaux, assureur et service d'enquête, à recueillir, utiliser, conserver – et échanger entre eux et avec Manuvie, ses réassureurs et ses prestataires de services – les renseignements nécessaires aux fins ci-dessus. Si mon numéro d'assurance sociale correspond à mon numéro de certificat, **j'autorise** son utilisation à des fins d'identification et d'administration. **Je reconnais** qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est valide. **Je comprends** que je peux obtenir de l'information sur la politique de Manuvie en matière de protection des renseignements personnels en consultant le site www.manuvie.ca/participant ou en m'adressant au promoteur du régime.

Veuillez signer et dater ici.

Signature du participant	Date (jj/mmmm/aaaa)

4 Directives d'envoi

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

Johnson Inc.
650 Rue Montgomery P.O. Box 1176 Stn A
Fredericton, NB E3B 5C8

Attention : LISA GAUDET
Courriel : lgaudet@johnson.ca
Télécopieur : (506) 458-1172