

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 du patient	N° d'identification du membre du régime		
Adresse de courriel	Date de naissance (AA/MM/JJ)	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 _____ **NIM** _____

Fabriquant _____ 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 _____ **NIM** _____

Fabriquant _____ 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 (AA/MM/JJ)

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

Chez Assurance Green Shield Canada (« **GreenShield** », « **nous** », « **notre** » ou « **nos** »), le respect et la protection de la confidentialité de vos renseignements personnels est une priorité. Afin que nous puissions vous fournir les services pour lesquels nous avons été engagés, vous devez comprendre certaines choses et y consentir. Nous pouvons recueillir ou recevoir de vous ou d'autres parties, et utiliser, partager, divulguer et traiter vos renseignements personnels et, le cas échéant, les renseignements personnels de votre conjoint, de vos enfants et d'autres personnes à charge (collectivement, « **vous** », « **votre** » ou « **vos** »), qui peuvent comprendre le nom, l'âge, l'historique des demandes de règlement, les revenus, l'adresse électronique, les fournisseurs de services dont les services ont été retenus ainsi que les renseignements bancaires. Nous pouvons le faire à diverses fins liées à l'administration de votre régime de garanties et pour vous fournir d'autres produits et services, y compris, mais sans s'y limiter : coordination des prestations avec d'autres assureurs; administration et évaluation des demandes de règlement; vérifications et enquêtes et prise de mesures pour la prévention ou la suppression de demandes de règlement qui sont potentiellement ou qui s'avèrent être abusives ou frauduleuses; contrôles d'identité; facturation et perception de primes; souscription médicale; communication avec d'autres fournisseurs de services, communication avec des tiers pour confirmer l'exactitude des demandes de règlement, fourniture de services contractuels, ou à des fins de gestion de la santé ou de programmes de gestion de la santé; collecte de renseignements sur les services fournis, analyse de données, y compris de renseignements sur la façon dont vous utilisez nos produits et services, afin de nous aider à prendre des décisions éclairées et à améliorer les produits et services que nous offrons; déterminer si d'autres produits et services pourraient vous intéresser et envoyer des détails à leur sujet; conformité aux lois et règlements applicables; et toute autre activité qu'une personne raisonnable considérerait comme associée à l'administration de votre régime de garanties. Dans le cadre de la réalisation de ces objectifs, nous pouvons recueillir et recevoir vos renseignements personnels, les partager avec d'autres personnes à l'extérieur de GreenShield ou les communiquer à de telles personnes, y compris, mais sans s'y limiter : votre employeur, le(s) promoteur(s) de votre régime de garanties et des conseillers en assurance, si vos garanties sont fournies par le régime de garanties collectif de votre employeur; des fournisseurs de garanties (p. ex., des pharmaciens, des massothérapeutes); des organismes de réglementation professionnels (p. ex., l'Ordre des pharmaciens); des organismes gouvernementaux; des organismes d'application de la loi (locaux, provinciaux et fédéraux); des entités industrielles de mutualisation en assurance-médicaments (p. ex., la Société canadienne de mutualisation en assurance médicaments); des fournisseurs de services tiers de GreenShield qui nous aident à administrer votre régime de garanties et à vous fournir d'autres produits et services connexes, et tout autre tiers qui pourrait être approprié ou raisonnablement nécessaire pour atteindre les objectifs énoncés ci-dessus. Bien que le partage des renseignements personnels soit intrinsèquement risqué, nous appliquons des procédures acceptables sur le plan commercial pour sécuriser et protéger vos renseignements personnels en utilisant des mesures technologiques, physiques et organisationnelles appropriées conçues pour protéger les renseignements personnels. Si nous communiquons vos renseignements personnels sans autorisation, nous vous en aviserions en respectant les lois en matière de protection des renseignements personnels applicables. De plus amples renseignements sur nos pratiques en matière de confidentialité se trouvent dans notre politique de confidentialité accessible à www.greenshield.ca qui constitue une partie nécessaire et intégrante du présent consentement relatif à la confidentialité. Nous pouvons de temps à autre réviser notre politique de confidentialité pour tenir compte de modifications dans la législation ou la réglementation, par exemple, ou lorsque nous ajoutons de nouvelles fonctionnalités ou lançons de nouveaux produits ou services. La toute dernière version de la politique régira la façon dont nous traitons vos données personnelles et sera toujours accessible à www.greenshield.ca. Vous pouvez communiquer avec notre responsable de la confidentialité à privacy.office@greenshield.ca si vous avez une question ou une plainte à formuler.

En apposant votre signature ci-dessous, vous donnez votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation par GreenShield de vos renseignements personnels comme il est expliqué ci-dessus, et vous reconnaissez que votre conjoint, vos enfants et les autres personnes à votre charge (le cas échéant) vous ont autorisé à divulguer et à recevoir leurs renseignements personnels, et à signer le présent consentement relatif à la confidentialité en leur nom. Vous convenez que les photocopies, télécopies ou versions électroniques de ce consentement sont aussi valides que l'original. Vous pouvez retirer votre consentement en tout temps en envoyant un avis écrit à GreenShield à privacy.office@greenshield.ca mais, si vous le faites, GreenShield ne pourra plus administrer votre régime de garanties ni traiter vos demandes de règlement.

Nom Signature Date

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 :

Assurance Green Shield Canada, Service des autorisations spéciales pour médicaments
C.P. Box 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 : auto.prealable@greenshield.ca