INDUSTRIELLE ALLIANCE
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.

Imprimer

www.inalco.com

ASSURANCE COLLECTIVE

Selon votre province de résidence, veuillez soumettre votre demande à :

Québec
C. P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5

Ontario, provinces de l'Atlantique et de l'Ouest
522, avenue University, bur. 400
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

FORMULAIRE D'AUTORISATION PRÉALABLE XENICAL

Le présent formulaire vise à obtenir les renseignements nécessaires pour évaluer votre demande de remboursement du médicament Xenical. Xenical doit répondre aux critères de couverture de votre régime.

PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT/PATIENT

Nom du participant _____

N° de police _____ N° de certificat _____

Nom du patient (si différent) _____

Lien avec le participant _____ Date de naissance A M J

PARTIE 2 – CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN

Nous évaluons une demande de remboursement du médicament Xenical, qui a été prescrit au patient susmentionné. Veuillez fournir les renseignements suivants :

1. Quel est l'indice de masse corporelle du patient? _____
2. Quels sont le poids et la taille du patient à l'heure actuelle? _____
3. Le patient a-t-il reçu un diagnostic établissant qu'il est atteint d'une ou de plusieurs maladies qui peuvent être aggravées s'il n'a pas un poids santé?
   ☐ Non ☐ Oui Si oui, veuillez les énumérer.

   _____

   _____

   _____
4. Si le patient souffre de diabète, veuillez préciser de quel type de diabète il est atteint : _____
5. Quelle est la durée prévue du traitement? _____

Nom de famille et prénom du médecin _____

Adresse _____ Code postal _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Adresse de courrier électronique _____

☐ Généraliste ☐ Spécialiste ☐ Autre, préciser _____

Signature X _____ Date A M J

PARTIE 3 – CONFIRMATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT

Je CONSENS à ce que toute déclaration figurant sur le présent formulaire serve à l'évaluation de la demande de remboursement de médicament que j'ai présentée en mon nom personnel ou au nom d'une de mes personnes à charge.

Si la demande de remboursement de médicament vise une de mes personnes à charge, je DÉCLARE avoir l'AUTORISATION de divulguer des renseignements sur cette personne aux fins de la demande de remboursement de médicament.

En mon nom personnel et au nom de la personne à ma charge, j'AUTORISE mon médecin ou fournisseur de soins de santé à divulguer à l'Industrielle Alliance et à échanger avec elle les renseignements demandés dans le présent formulaire concernant le médicament, qu'il me soit destiné ou qu'il soit destiné à une personne à ma charge. Je CONSENS à ce que les renseignements qui figurent sur le présent formulaire soient divulgués à l'Industrielle Alliance, à ses employés, à ses représentants et aux réassureurs. J'accepte que l'on utilise mon numéro d'assurance sociale s'il tient lieu de numéro de certificat dans le cadre de l'administration de mon régime d'assurance collective.

JE RECONNAIS qu'une photocopie de la présente confirmation et autorisation a la même validité que l'original.

Signature du participant X _____ Date A M J

Adresse _____ Code postal _____

Tél. (domicile) _____ Tél. (travail) _____ Poste _____