

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.
625, rue Saint-Amable
C. P. 1500, Québec (Québec) G1K 8X9

Vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire ?
Appelez-nous au 418 644-4200 ou au 1 800 463-4856.
Une version électronique de ce formulaire est disponible dans le site Internet de La Capitale à l'adresse lacapitale.com/formulaires

IMPORTANT

- Les frais engagés pour faire remplir ce formulaire doivent être acquittés par l'assuré.
- Veuillez remplir les sections 1, 2 et 9 et demander à votre médecin de remplir les sections 3, 4, 5, 6, 7 et 8 selon le cas.

Faire parvenir ce formulaire dûment rempli à :
La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.
625, rue Saint-Amable, case postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9
ou par télécopieur au : 418 646-0888 ou 1 877-210-9766

1. IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

Comme indiqués sur votre attestation d'assurance

N° de groupe	N° d'identification										
Nom						Prénom					

Cochez la case appropriée

Cette demande vise : adhérent conjoint(e) enfant

Remplir cette section seulement si vos coordonnées ont changé

NOUVELLE ADRESSE SEULEMENT		
N°, rue	Appartement	
Ville	Province	Code postal
Téléphone (résidence)	Téléphone (travail)	Téléphone (cellulaire)

2. RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE

Remplir cette section seulement si la demande concerne une personne à charge

Conjoint/
conjointe

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance (AAAA/MM/JJ) _____

Enfant à charge Nom et prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Étudiant à temps plein	À remplir dans le cas d'une demande pour un enfant de plus de 17 ou 20 ans, selon votre contrat d'assurance collective	
			Début de session scolaire (AAAA/MM/JJ)	Fin de session scolaire (AAAA/MM/JJ)
		<input type="checkbox"/>		

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. se réserve le droit de vous demander une preuve écrite de l'établissement fréquenté.

3. IDENTIFICATION DU MÉDECIN TRAITANT

Nom	Prénom		
Nº, rue			Bureau
Ville	Province	Code postal	
Téléphone	Télécopieur		

4. IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT – Il est important d'utiliser un formulaire pour chaque médicament

Nom du médicament	Forme pharmaceutique	Teneur	Durée prévue du traitement	
			Du (AAAA/MM/JJ)	Au (AAAA/MM/JJ)

Posologie	La médication sera administrée :	Type de demande
	<input type="checkbox"/> à domicile, au CLSC ou au cabinet privé <input type="checkbox"/> dans un CH, CHSLD, centre d'hébergement public, privé subventionné, y compris aux consultations externes d'un établissement <input type="checkbox"/> ailleurs, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Demande initiale – Complétez les sections 5, 7 et 8 <input type="checkbox"/> Demande de modification de traitement – Complétez les sections 5, 7 et 8 <input type="checkbox"/> Demande de renouvellement de traitement – Complétez les sections 6, 7 et 8

Régime provincial

Est-ce qu'une demande a été soumise auprès de votre régime provincial ?

Oui – Veuillez fournir une copie de l'acceptation de la demande ou du refus – Copie jointe à ce formulaire

Non – Veuillez expliquer les raisons : _____

Programme de support aux patients

Est-ce que le patient est inscrit à un programme de support aux patients ? Oui Non

Si **Oui** – Nom du programme : _____

Nom de la personne contact : _____

Téléphone : _____

5. JUSTIFICATION DE LA DEMANDE – Demande initiale ou modification de traitement

Diagnostic et indication thérapeutique justifiant l'utilisation de ce médicament et objectif visé :

Poids : _____

Date de début des symptômes, des complications ou des manifestations de la maladie :

Renseignements sur la gravité de la condition à traiter :

5. JUSTIFICATION DE LA DEMANDE (suite)

En l'absence d'atteintes fonctionnelles physiques, y a-t-il pour cette personne un risque que l'évolution de sa condition ou de ses complications entraînent des répercussions sur son état en termes de morbidité ou de mortalité ?

Joignez les résultats de tous les examens cliniques pertinents à cette demande.

RÉSUMÉ DES MÉDICAMENTS OU TRAITEMENTS ANTÉRIEURS POUR TRAITER CETTE CONDITION

Médicament/traitement	Posologie	Durée de traitement		Résultat du traitement incluant efficacité, tolérance ou contre-indication
		De (AAAA/MM/JJ)	À (AAAA/MM/JJ)	

MÉDICAMENTS OU TRAITEMENTS RECONNUS EFFICACES POUR CETTE CONDITION, QUI NE PEUVENT ÊTRE PRESCRITS

Médicament/traitement	Forme et teneur	Raisons ou conditions particulières de l'inutilisation

6. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – Renouvellement du traitement

Précisez les effets bénéfiques justifiant la prolongation du traitement (inclure les résultats, p. ex. : HAQ, PASI, etc.).

7. AUTRES RENSEIGNEMENTS

8. DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

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

X

Signature du médecin traitant

N° de permis

Date (AAAA/MM/JJ)

9. DÉCLARATION ET AUTORISATION DE L'ASSURÉ ET DE L'ADHÉRENT

Assuré

Nom

Prénom

Adhérent

Nom

Prénom

J'autorise tout professionnel ou établissement public ou privé de santé, pharmacien, régime d'assurance maladie provincial, assureur, employeur, toute compagnie de réadaptation ou toute autre personne ou établissement détenant des renseignements médicaux ou financiers à mon sujet à fournir à La Capitale tout renseignement qu'elle jugera nécessaire à l'étude de ma demande.

J'autorise La Capitale à faire toute vérification ou enquête afin de s'assurer du bien-fondé de ma demande.

J'accepte que les renseignements fournis dans le présent formulaire et lors de demandes de règlements précédentes sous le même régime (si pertinent) soient utilisés par La Capitale ou ses mandataires pour la gestion de ma demande et pour la production de rapports statistiques.

Je déclare que les renseignements contenus aux présentes sont exacts et complets.

Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

X

Signature de l'assuré

Date (AAAA/MM/JJ)

X

Signature de l'adhérent

Date (AAAA/MM/JJ)