

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.  
625, rue Jacques-Parizeau  
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](http://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 5 et demander à votre médecin de remplir les sections 3 et 4.

Le présent formulaire vise à demander à La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. d'évaluer la demande de remboursement pour un médicament de marque ne pouvant être substitué, pour des raisons médicales, par un médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché. Si votre demande est approuvée, l'acceptation sera pour une période déterminée et vous pourriez avoir à refaire une nouvelle demande pour une nouvelle période.

Faire parvenir ce formulaire dûment rempli à :  
La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.  
625, rue Jacques-Parizeau, 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
--------------	---------------------

ou

N° de police
--------------

Nom	Prénom
-----	--------

Cochez la case  
appropriée

Cette demande de prestation 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 si vous réclamez pour 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 de remboursement 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. DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Médicament prescrit: \_\_\_\_\_

Dosage: \_\_\_\_\_ DIN: \_\_\_\_\_

Diagnostic: \_\_\_\_\_

Réaction indésirable:  Contre-indication  Intolérance  Autre

Détails: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autres renseignements pertinents justifiant l'usage du médicament de marque:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

X

Signature du médecin

Nº de permis

Date (AAAA/MM/JJ)

## 5. DÉCLARATION ET AUTORISATION DE L'ASSURÉ ET 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) \_\_\_\_\_