

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.
 625, rue Jacques-Parizeau, C. P. 1500, Québec (Québec) G1K 8X9
 ou par télécopieur au : 418 646-0888 or 1 877 210-9766

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

1. IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

Comme indiqués sur votre attestation d'assurance

N° de groupe	N° d'identification
Nom	Prénom

2. IDENTIFICATION DU MÉDECIN (à remplir par le médecin traitant)

Nom	Prénom	
N° de permis	Spécialité	Télécopieur

3. IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Poids _____ <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb
N°, rue, app.	Ville	Province	Code postal
Téléphone (résidence)	Téléphone (travail)	Poste	Date de naissance
			Lien avec l'adhérent <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Personne à charge

Régime provincial

Est-ce qu'une demande de remboursement 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 : _____

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

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 – Remplissez les sections 5, 7 et 8 <input type="checkbox"/> Demande de modification de traitement – Remplissez les sections 5, 7 et 8 <input type="checkbox"/> Demande de renouvellement de traitement – Remplissez les sections 6, 7 et 8
Nom du médicament	Durée prévue du traitement
Forme pharmaceutique	Du (AAAA/MM/JJ)
Teneur	Au (AAAA/MM/JJ)
Posologie	

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

Diagnostic et indication thérapeutique : _____

Objectif thérapeutique visé : _____

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

Année Mois Jour

5. JUSTIFICATION DE LA DEMANDE (suite)

Veillez préciser les limitations fonctionnelles en lien avec le diagnostic; avant le début de ce traitement : _____

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 entraîne des répercussions sur son état en termes de morbidité ou de mortalité ? _____

Précisez la gravité de la condition à traiter. Si une échelle d'évaluation de la gravité existe, veuillez la fournir. S'il s'agit d'un symptôme, veuillez décrire l'intensité, la fréquence et la durée : _____

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 l'efficacité et la raison de l'arrêt du médicament
		De (AAAA/MM/JJ)	À (AAAA/MM/JJ)	

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

Médicament/traitement	Raisons ou conditions particulières de l'inutilisation

Si le traitement avec le médicament demandé a commencé, précisez la date de début et les effets bénéfiques :

Année	Mois	Jour

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

Date:

Année	Mois	Jour

9. DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PATIENT

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:

Année	Mois	Jour