

Les renseignements que vous fournissez dans le présent formulaire nous aident à évaluer votre demande de protection pour un médicament d'origine. Aux fins de l'admissibilité à la protection, la preuve médicale doit démontrer que la prise du médicament générique entraîne des effets indésirables chez vous. Si votre demande est approuvée, la protection pourrait être accordée pour une période déterminée, après laquelle vous devrez présenter une nouvelle demande pour poursuivre la protection. L'évaluation de votre demande pourrait être retardée si le présent formulaire est incomplet ou s'il comporte des renseignements erronés.

Les frais qui pourraient être exigés pour remplir le présent formulaire sont à votre charge.

Remplissez la section qui suit. Prière d'écrire en caractères d'imprimerie.

Nom du participant de régime	Nom du patient	
Nom du régime	Numéro de régime	Numéro d'identification du participant
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Numéro de téléphone à domicile	Numéro de téléphone au travail
Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)		

À la Great-West, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Les renseignements personnels que nous recueillons serviront à l'évaluation de l'admissibilité au médicament et à l'administration du régime collectif. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de services), consultez l'adresse www.lagreatwest.com ou écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Great-West.

J'autorise la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire de mon régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute autre organisation ou tout fournisseur de services travaillant avec la Great-West ou avec ceux précités, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger ces renseignements personnels lorsqu'ils s'avèrent nécessaires et pertinents aux fins précitées. Il est entendu que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

Je reconnais que ces renseignements personnels sont nécessaires pour évaluer l'admissibilité au médicament et pour administrer le régime collectif. Je reconnais que mon consentement permet à la Great-West d'évaluer ma demande de règlement et que tout refus de consentement de ma part peut entraîner un retard dans le traitement de ma demande de règlement ou son refus. Je peux en tout temps révoquer mon consentement par l'envoi d'un avis écrit en ce sens.

Je certifie qu'à ma connaissance, les renseignements donnés sont véridiques, corrects et complets.

Signature du participant du régime : _____ Date : _____

Demandez à votre médecin prescripteur de remplir la section qui suit. Prière d'écrire en caractères d'imprimerie.

Nom du médecin prescripteur	Spécialité	
Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)		
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur	
Médicament d'origine demandé	DIN	Posologie/fréquence
Médicament générique prescrit	DIN	Posologie/fréquence
Effets attribuables à la réaction indésirable (cochez toutes les cases qui s'appliquent) <input type="checkbox"/> Réaction constituant un danger de mort <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Réaction allergique <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____	Description de la réaction indésirable (nature, étendue, gravité)	
Durée prévue du traitement	Signature du prescripteur	Date (jj-mm-aaaa)
	X	

Envoyez par la poste le formulaire dûment rempli à :
 La Great-West, compagnie d'assurance-vie
 Service administratif – Médicaments
 CP 6000
 Winnipeg MB R3C 3A5

ou

Envoyez par télécopieur le formulaire dûment rempli à :
 La Great-West, compagnie d'assurance-vie
 À l'attention du Service administratif – Médicaments
Numéro de télécopieur : 204 946-7664