

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 en caractères d'imprimerie.**

**SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT / LE PATIENT**

Nom de l'adhérent	Nom du patient	
Nom du régime	Numéro de régime	Numéro d'identification de l'adhérent
Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Numéro de téléphone à domicile	Numéro de téléphone au travail
Adresse (N° / Rue / App.)		Courriel

**SECTION 2 – CONSENTEMENT DE L'ADHÉRENT**

Les renseignements personnels que nous recueillons serviront à l'admissibilité au médicament et à l'administration du régime collectif. Si vous avez des questions sur nos politiques de pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de services), consultez l'adresse [www.aga.ca](http://www.aga.ca).

J'autorise AGA assurances collectives, 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 AGA 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 AGA 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 de l'adhérent : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**SECTION 3 – À REMPLIR PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR**

Nom du médecin prescripteur	Spécialité	
Adresse (N° / Rue / App.)		
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur	
Médicament d'origine demandé	DIN	Posologie/fréquence
Si le patient est un résident du Québec, veuillez cocher le code justificatif de la RAMQ qui s'applique à cette demande : <input type="checkbox"/> NPS A <input type="checkbox"/> NPS B <input type="checkbox"/> NPS C <input type="checkbox"/> Immunosuppresseur <input type="checkbox"/> Clozapine		
Conséquences attribuées à un effet indésirable (veuillez cocher 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) _____	Veuillez décrire la nature, le degré et la gravité de l'effet indésirable:	
Signature du prescripteur autorisé <b>X</b>	N° licence	Date (AAAA/MM/JJ)

**COMMENT RETOURNER LE FORMULAIRE**

**Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.**

Par télécopieur : (514) 935-1147

Par courriel [exceptions@aga.ca](mailto:exceptions@aga.ca)

Par courriel : AGA assurances collectives  
3500, boul. Maisonneuve Ouest, bureau 2200  
Westmount (Québec) H3Z 3C1