

Si votre professionnel de la santé confirme que vous avez une allergie ou une intolérance documentée à un ingrédient non actif qui est présent dans le ou les médicaments génériques mais pas dans le médicament de marque (p. ex. allergie ou intolérance au lactose), ou que le médicament que vous prenez est considéré comme ayant un index thérapeutique étroit, nous n'avons pas besoin de la copie du formulaire de Santé Canada. Demandez simplement à votre professionnel de la santé de documenter ces renseignements ci-dessous.

Pour que la présente demande soit traitée, veuillez remplir les cases suivantes :

À REMPLIR PAR LE PATIENT (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Nom de l'adhérent(e)	Numéro de groupe et de section	Numéro d'identification
Nom du (de la) patient(e)	Lien avec l'adhérent(e) ☐ Adhérent(e) ☐ Conjoint(e) ☐ Personne à charge	Date de naissance du (de la) patient(e) (JJ/MM/AAAA)
Adresse		Numéro de téléphone () -
Ville	Province	Code postal

À REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Pour que le (la) patient(e) soit admissible au remboursement complet du coût de l'ingrédient pour le médicament de marque demandé, il faut présenter une preuve médicale de la survenue d'une réaction indésirable ou d'un échec thérapeutique.

Nom du médicament de marque : _____

Remarque : S'il a été démontré qu'une réaction indésirable est survenue ou que le traitement a échoué, une **approbation à long terme** sera ajoutée au dossier du (de la) patient(e) et ce **médicament de marque** sera **remboursé au prix du médicament de marque**.

☐ Une réaction indésirable est survenue – une copie du **Formulaire de déclaration des effets indésirables** du (de la) patient(e) envoyé à Santé Canada le _____ est jointe.
JJ/MM/AAAA

☐ Autre – Veuillez documenter ci-dessous.

Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie)	N° de téléphone du professionnel de la santé
Signature du professionnel de la santé	Date (JJ/MM/AAAA)

Le traitement de votre demande pourrait être ralenti si des renseignements sont manquants ou erronés. Tous les frais engagés pour la présentation de la demande relèvent de la responsabilité du patient. Vous pouvez envoyer votre demande remplie de l'une des façons suivantes :

Au Canada atlantique et en Ontario

Télécopieur : 1 800 670-2899 (ligne confidentielle)

Courrier : Privé et confidentiel – Croix Bleue Medavie
À l'att. de Autorisations spéciales,
Médicaments d'ordonnance
C. P. 220, Moncton (N.-B.) E1C 8L3

Au Québec

Télécopieur : 1 514 286-8480 (ligne confidentielle)

Courrier : Privé et confidentiel – Croix Bleue Medavie
À l'att. de Autorisations spéciales,
Médicaments d'ordonnance
C. P. 3300, succ. B, Montréal (Québec) H3B 4Y5

Si vous désirez connaître l'état de votre demande, veuillez communiquer avec notre Centre d'information à la clientèle au 1 888 873-9200.