



OTIP RAEO®

Règlements d'assurance maladie du RAEO

CP 280

Waterloo ON N2J 4A7

1.866.783.6847 | www.raeo.com

Demande d'approbation de remboursement d'un médicament de marque

Le médicament prescrit dont vous demandez le remboursement à titre exceptionnel est remboursable selon le coût du médicament de substitution le moins cher. Si votre demande d'approbation est acceptée, les frais seront réglés selon le coût raisonnable et habituel demandé pour le produit délivré.

Les frais liés au médicament prescrit ne seront pris en charge que si votre médecin vous prescrit un médicament de marque au lieu du médicament de substitution le moins cher en raison d'effet indésirable ou d'échec thérapeutique pour le patient.

DIRECTIVES : (Tout écrire en lettres moulées)

1. Veuillez remplir les parties 1, 2 et 4. La partie 3 est à remplir par votre médecin.
2. Vous assumez personnellement tous les frais exigés pour remplir le formulaire.
3. Veuillez envoyer le formulaire rempli, par la poste, à l'adresse ci-dessus.

PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE BASE SUR LA PARTICIPANTE OU LE PARTICIPANT

Nom de la participante ou du participant (prénoms et nom de famille)		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Adresse (numéro, rue et app.)		Ville	Province Code postal
Numéro de téléphone à domicile	Numéro de téléphone au travail	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Promoteur de régime
Numéro d'identification du RAEO	Numéro de régime	Adresse électronique	

PARTIE 2 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (À remplir si le patient n'est pas le participant ou la participante)

Nom du patient (Prénoms et nom de famille)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Lien avec la participante ou le participant	

PARTIE 3 : DÉCLARATION DU MÉDECIN (À faire remplir par votre médecin)

Nom du médecin (Prénoms et nom de famille)		Numéro de téléphone	
Adresse (numéro, rue et app.)		Ville	Province Code postal
Médicament prescrit (nom chimique, dosage, posologie)		Numéro d'identification du médicament	Quelle est la raison médicale de la demande? <input type="checkbox"/> Effet indésirable <input type="checkbox"/> Échec thérapeutique
Signature du médecin		Date (jj/mm/aaaa)	

PARTIE 4 : ATTESTATION ET AUTORISATION

Je certifie que moi-même, ma conjointe, mon conjoint ou mes personnes à charge mineures ou majeures (« personnes à ma charge ») avons reçu les biens et services faisant l'objet de la présente demande de règlement et que les renseignements fournis sont exacts et complets. J'autorise le RAEO et la société qui assure les avantages collectifs (l'« assureur ») à recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels relatifs à ma demande (les « renseignements ») aux fins de la gestion du régime d'assurance, des contrôles, de l'investigation, du traitement et de la gestion de ma demande. Les personnes à ma charge m'autorisent à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet lorsqu'ils sont nécessaires aux fins mentionnées ci-dessus. J'autorise toute personne ou organisation détenant des renseignements pertinents, notamment tout professionnel de la santé ou établissement de soins de santé, autorité professionnelle, employeur, administrateur de régime ou d'autres programmes d'avantages, promoteur de régime, assureur et service d'enquête, à recueillir, utiliser, conserver et échanger entre eux et avec le RAEO, l'assureur, leurs réassureurs et leurs prestataires de services, les renseignements nécessaires aux fins poursuivies. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'identification du RAEO à des fins d'identification et de gestion. Je reconnais qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est valide. Je reconnais que je peux me renseigner davantage sur les méthodes et les motifs du RAEO et de l'assureur liés à la collecte, l'utilisation, la conservation et la divulgation des renseignements personnels en consultant la Politique du RAEO sur la protection de la vie privée sur le site Web au www.raeo.com, ou celle de l'assureur au www.manuvie.com, ou en demandant d'en recevoir un exemplaire.

Signature du participant

Date (jj/mm/aaaa)

Tous les renseignements recueillis par l'assureur en vertu de la présente autorisation seront versés dans un dossier d'assurance. L'accès à ces renseignements sera limité :

- à l'assureur, à ses réassureurs et à leurs prestataires de services dans l'exercice de leurs fonctions;
- aux personnes que vous avez autorisées;
- aux personnes autorisées par la loi.

Vous avez le droit de demander à consulter les renseignements personnels versés à votre dossier et de demander la correction de tout renseignement inexact.

QUESTIONS? COMMUNIQUEZ AVEC LES SERVICES D'ASSURANCE DU RAEO AU 1-866-783-6847.