

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.
625, rue Saint-Amable
C. P. 1500, Québec (Québec) G1K 8X9

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

IMPORTANT

- Les frais engagés pour faire remplir ce formulaire doivent être acquittés par l'assuré.
- Veuillez remplir les sections 1, 2 et 5 et demander à votre médecin de remplir les sections 3 et 4.

Le présent formulaire vise à demander à La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. d'évaluer la demande de remboursement pour un médicament de marque ne pouvant être substitué, pour des raisons médicales, par un médicament générique. Si votre demande est approuvée, l'acceptation sera pour une période déterminée et vous pourriez avoir à refaire une nouvelle demande pour une nouvelle période.

Faire parvenir ce formulaire dûment rempli à :
La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.
625, rue Saint-Amable, case postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9

1. IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

Comme indiqués
sur votre attestation
d'assurance

N° de groupe	N° d'identification
--------------	---------------------

ou

N° de police

Nom	Prénom
-----	--------

Cochez la case
appropriée

Cette demande de prestation vise : adhérent conjoint(e) enfant

Remplir cette
section seulement
si vos coordonnées
ont changé

NOUVELLE ADRESSE SEULEMENT		
N° rue	Appartement	
Ville	Province	Code postal
Téléphone (résidence)	Téléphone (travail)	Téléphone (cellulaire)

Suite au verso

2. RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE – Remplir cette section si vous réclamez pour une personne à charge

Conjoint/
conjointe

Nom

Prénom

Date de naissance (AAAA/MM/JJ)

Enfant à charge Nom et prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Étudiant à temps plein	À remplir dans le cas d'une demande de remboursement pour un enfant de plus de 17 ou 20 ans, selon votre contrat d'assurance collective	
			Début de session scolaire (AAAA/MM/JJ)	Fin de session scolaire (AAAA/MM/JJ)
		<input type="checkbox"/>		

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. se réserve le droit de vous demander une preuve écrite de l'établissement fréquenté.

3. IDENTIFICATION DU MÉDECIN TRAITANT

Nom	Prénom		
Nº, rue			Bureau
Ville	Province	Code postal	
Téléphone	Télécopieur		

4. DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Médicament prescrit: _____

Dosage: _____ DIN: _____

Réaction indésirable: Contre-indication Intolérance Autre

Détails: _____

Autres renseignements pertinents justifiant l'usage du médicament de marque :

X

Signature du médecin

Date (AAAA/MM/JJ)

5. DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT

Je déclare que les renseignements compris dans cette demande sont complets et véridiques. J'autorise toute personne visée par cette demande à révéler à La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. tout autre renseignement pertinent.

X

Signature de l'adhérent

Date (AAAA/MM/JJ)