

## DEMANDE DE SUBSTITUTION DE MÉDICAMENT

Utilisez le présent formulaire pour la substitution de médicament en vertu des dispositions de votre assurance maladie complémentaire. Pour être admissible à cette exception à la substitution, la personne doit avoir fait l'essai d'au moins deux médicaments interchangeables à coût moindre pour une même condition et présenter des preuves médicales satisfaisantes indiquant des effets indésirables causés par les ingrédients de ces médicaments interchangeables.

### 1. À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT

Nom du participant		N° de groupe		N° de certificat (10 chiffres)	
Nom du patient	Lien avec le participant <input type="radio"/> Participant <input type="radio"/> Conjoint <input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/> Autre		Adresse		
Ville	Province	Code postal	N° de téléphone	Date de naissance du patient (jj/mm/aaaa)	
J'autorise par la présente tout médecin, hôpital, assureur ou tout autre professionnel de la santé, l'Empire Vie ainsi que ses agents et tiers fournisseurs de services à échanger de l'information relativement à ce règlement aux fins du traitement de la présente demande de substitution, des décisions en matière de règlement et de l'administration de mon régime d'assurance maladie complémentaire. J'assume également la responsabilité de tous les frais engagés nécessaires pour remplir le présent formulaire. Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.					
Signature du participant <b>X</b>				Date (jj/mm/aaaa)	

### 2. À REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ AYANT FOURNI L'ORDONNANCE (Veuillez écrire clairement en lettres moulées)

Nom du professionnel de la santé		Titre et qualification du professionnel de la santé			
Adresse (adresse civique et ville)			Ville		
Province		Code postal	N° de téléphone	N° de télécopieur	
Signature du professionnel de la santé <b>X</b>				Date (jj/mm/aaaa)	
<b>Le patient a-t-il subi des effets indésirables causés par les ingrédients d'au moins deux médicaments interchangeables à coût moindre pour traiter la même condition?</b> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non (veuillez fournir les détails ci-dessous) S'il n'existe qu'un seul médicament à coût moindre pour le médicament prescrit, veuillez l'indiquer ci-dessous.					
<b>LISTE DES MÉDICAMENTS PRESCRITS POUR CETTE CONDITION (pour lesquels le patient a subi des effets indésirables)</b>					
Nom du médicament			Résultat		
Effet			Date (jj/mm/aaaa)		
Nom du médicament			Résultat		
Effet			Date (jj/mm/aaaa)		
<b>MÉDICAMENT DE SUBSTITUTION DEMANDÉ</b>					
Nom du médicament		Posologie		Fréquence	
Résultats courants		Raison de la demande		Durée approximative Jusqu'au (jj/mm/aaaa)	

**Envoyez** le formulaire au Service des règlements d'assurance collective **par la poste** à l'adresse ci-dessous, par **télécopieur** au 1-855-619-0828 ou **une copie numérisée par courriel** à [group.csu@empire.ca](mailto:group.csu@empire.ca).