



FORMULAIRE POUR MÉDICAMENTS DE MARQUE D'EXCEPTION

Votre régime d'assurance médicaments comprend une couverture calculée en fonction du prix du médicament générique le plus bas. Nous avons reçu une demande d'exception pour un médicament de marque spécifique. Veuillez vous assurer que les renseignements demandés ci-dessous soient dûment remplis et renvoyés à :

RWAM Insurance Administrators, 49 Industrial Drive, Elmira, Ontario N3B 3B1

À l'attention de : *Claims Department*, ou, le formulaire peut être envoyé par courriel à : csr-groupclaims@rwam.com aux fins d'étude.

1^{ÈRE} PARTIE

À remplir par le PATIENT

Groupe n° _____ Certificat n° _____

Nom de la personne assurée _____ Nom du patient _____

2^{ÈME} PARTIE

À remplir par le MÉDECIN TRAITANT

Nom du patient _____

Nom du médicament générique qui provoque des effets indésirables _____

Décrire la nature, l'ampleur et la sévérité des effets indésirables _____

Nom du médicament proposé _____

Posologie _____ Quantité _____

Nom du médecin _____ N° de téléphone du médecin _____

Adresse du médecin _____

AUTORISATION - Patient et médecin

Autorisation : J'accepte que les renseignements fournis dans le présent formulaire serviront à déterminer mon admissibilité aux prestations d'assurance collective demandées en vertu de ce régime/cette police. Je déclare que les renseignements contenus dans ce formulaire sont exacts et complets. J'autorise par les présentes la divulgation à RWAM Insurance Administrators Inc., de tous renseignements concernant cette demande dont RWAM pourrait avoir besoin. La présente autorisation demeure valide tant que je reçois des prestations ou des services ou jusqu'à ce que je l'annule par écrit.

Une photocopie ou une télécopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

(Le patient est responsable de se procurer ce formulaire et des frais encourus pour le remplir.)

Signature du patient _____ Date _____

Téléphone _____

Signature du médecin _____ Date _____

Téléphone _____

RWAM INSURANCE ADMINISTRATORS INC.

49 Industrial Dr., Elmira, ON N3B 3B1 Tél. 519-669-1632, 1-877-888-RWAM (7926) Fax 519-669-1923 www.rwam.com

RC054F_12.13(T06.15)