LA Great-West COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

Demande de renseignements : Genotropin (somatropin)

Le présent formulaire vise à obtenir les renseignements qui serviront à évaluer votre demande à l'égard du médicament précité. Aux fins de l'application de la protection, le médicament doit être prescrit dans le cadre d'un traitement raisonnable relativement à la maladie ou à la blessure sous-jacente à votre demande de règlement. Si le traitement se poursuit au-delà d'une période de un an, vous pourriez être appelé à présenter une nouvelle demande et à fournir des renseignements qui démontrent l'efficacité du médicament en question.

Les frais pouvant être exigés pour remplir le présent formulaire doivent être acquittés par le patient/participant.

Veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom du participant (en caractères d'imprimerie)	Nom du patient (en caractères d'imprimerie)
Nom du régime	N° du régime
N° d'identification	Date de naissance (jour/mois/année)

Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)

À la Great-West, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de l'admissibilité à ce médicament et à l'administration du régime collectif.

J'autorise la Great-West, mon médecin ou fournisseur de soins de santé, le gestionnaire de mon régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de services travaillant avec la Great-West à échanger les renseignements personnels nécessaires, au besoin, aux fins précitées.

Signature du patient : _____

Veuillez demander à votre médecin prescripteur de remplir la section ci-dessous :

Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie)	Spécialité

Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)

N° de téléphone (y compris l'indicatif régional)	N° de télécopieur (y compris l'indicatif régional)

1. Nom du médicament, DIN et posologie prescrite : _____
2. Durée prévue de la thérapie : _____
3. Diagnostic et stade de la maladie : _____
4. a) À quels autres médicaments et/ou moyens de traitement a-t-on eu recours pour traiter cet état de santé? _____

   b) Quels ont été les résultats de ce traitement? _____
5. Veuillez fournir des copies des résultats des essais de laboratoire réalisés, ainsi que les valeurs normales par âge et par sexe, l'échelle de croissance, la taille des parents et l'âge osseux du patient. _____

Signature du médecin : _____ Date : _____

Il importe que tous les détails entourant l'information demandée soient communiqués pour éviter les retards dans le traitement des demandes de règlement relatives au médicament visé. Une fois dûment rempli, le présent formulaire peut être envoyé à la Great-West par la poste ou par télécopieur à l'adresse ou au numéro suivants :

Par la poste : La Great-West, compagnie d'assurance-vie
Service administratif – Médicaments, C.P. 6000
Winnipeg (Manitoba) R3C 3A5

Par télécopieur : La Great-West, compagnie d'assurance-vie
N° de téléc. : 1 204 946-7664
a/s de Service administratif – Médicaments

Effacer

©La Great-West, compagnie d'assurance-vie (la Great-West), tous droits réservés. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Great-West est strictement interdite.