sécurindemnité

DEMANDE D'AUTORISATION SPÉCIALE

Demandes par facsimilés au 905-949-3029

OU par la poste au soin des Services Cliniques, SécurIndemnité Inc., Suite 620, 1 City Centre Drive, Mississauga, Ontario, L5B 1M2

VEUILLEZ SOUMETTRE UNE COPIE DE VOTRE HISTORIQUE DE RÉCLAMATIONS DE MÉDICAMENTS DE LA PHARMACIE DE L'AN DERNIER

Nom du participant	Numéro de groupe	Numéro de certificat (10 chiffres)

Nom du patient	Lien de parenté avec le participant	Adresse
	☐ Participant ☐ Conjoint/e ☐ Enfant ☐ Autre	

Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone	Date de naissance du patient
			( )	(AAAA/MM/JJ)

Par la présente, j'autorise tout médecin, hôpital, compagnie d'assurance, autres professionnels de soins de santé et SécurIndemnité à échanger de l'information concernant cette demande aux fins d'une évaluation d'Autorisation Spéciale/évaluation d'exception du patient, de l'adjudication de la demande et de l'administration de mon régime de soins de santé. J'assume la responsabilité de tous frais requis pour la complétion de ce formulaire. Une photocopie de cette autorisation sera aussi valide que l'original.

Signature	Date (AAAA/MM/JJ)
X	

À ÊTRE COMPLÉTÉ PAR LE MÉDECIN SEULEMENT (VEUILLEZ ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Nom du médecin	Qualification de la spécialité	Date (AAAA/MM/JJ)

Adresse	Signature du médecin
	X

Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur
			( )	( )

MÉDICAMENT DEMANDÉ POUR AUTORISATION SPÉCIALE (1 FORMULAIRE POUR CHAQUE MÉDICAMENT)

Nom du produit	Concentration	Posologie

Diagnostic	Durée de la thérapie

MÉDICAMENTS ANTÉRIEURS PRESCRITS POUR CETTE CONDITION (S'IL Y A LIEU)

Nom du produit	Concentration	Posologie

Raison pour discontinuation	Durée de la thérapie

Nom du produit	Concentration	Posologie

Raison pour discontinuation	Durée de la thérapie

RAISON POUR PRESCRIRE LE MÉDICAMENT DEMANDÉ:

☐ Aucune autre alternative thérapeutique pour la condition médicale du patient

☐ Thérapie antécédente ineffective: _____

☐ N'a pu tolérer la thérapie antérieure / effets secondaires : _____

☐ Autre

(Veuillez fournir l'explication ci-dessous, ou au verso de ce formulaire, afin d'élaborer sur le(s) item(s) coché(s). Attachez la documentation pertinente, s'il y a lieu)

INFORMATION MÉDICALE PERTINENTE (S'IL Y A LIEU):

☐ GÉNOTYPE VIRAL _____ ☐ ESTIMATION D'EDSS _____ ☐ CLASSE FONCTIONNELLE D'OMS_____

☐ MARQUE AU BASDAI/BASFI _____ ☐ INDEX D'INCAPACITÉ HAQ _____ ☐ STATUT DE PERFORMANCE D'ECOG _____

RÉSULTATS DE LABORATOIRE_____

_____

LIEU DE L' ADMINISTRATION DU MÉDICAMENT (S'IL Y A LIEU):

☐ Cabinet du médecin ☐ Clinique privée ☐ Clinique d'hôpital ☐ Hôpital ☐ Domicile ☐ Facilité SLD

LES FORMULAIRES INCOMPLETS RETARDERONT LE TRAITEMENT