

Télécopieur: 905-949-3029

Veillez retourner à Services cliniques, SécurIndemnité Inc., Bureau 620, 1, Promenade City Centre, Mississauga (Ontario) L5B 1M2

À REMPLIR PAR LE CLIENT (Les formulaires sans # de certificat retarderont le traitement)

Nom du membre		N° de groupe	N° de certificat SécurIndemnité (10 numéros)		
Nom du client	Lien avec le membre du régime <input type="checkbox"/> Membre principal <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Autre		Adresse		
Ville	Province	Code postale	N° de téléphone ()	Date de naissance du client	

Par la présente, j'autorise tout médecin, hôpital, compagnie d'assurance, ou autre professionnel de la santé et SécurIndemnité à transmettre toute information concernant cette demande de règlement aux fins d'évaluation d'une autorisation spéciale/exception du patient, de décision d'adjudication de la demande, et d'administration de mon régime d'assurance-santé. J'assume la responsabilité de tous les coûts requis pour la complétion de ce formulaire. Une photocopie de cette autorisation sera aussi valide que l'original.

Signature X	Date (AAAA/MM/JJ)
----------------	-------------------

À REMPLIR SEULEMENT PAR LE MÉDECIN TRAITANT (écrire clairement en caractères d'imprimerie)

Nom du médecin		Qualification de la spécialité	Date (AAAA/MM/JJ)	
Adresse			Signature du médecin X	
Ville	Province	Code postale	N° de téléphone ()	N° de télécopieur ()

MÉDICAMENT À CONSIDÉRER

Veillez soumettre une copie de votre historique de réclamations des médicaments de votre pharmacie de l'année dernière.

Nom du médicament à considérer	Concentration
--------------------------------	---------------

Indice de masse corporelle (IMC) kg/m ²	Taille	Poids	<input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb
---	--------	-------	--

Le client souffre d'obésité et connaît les facteurs de risques ou troubles de santé suivants:

Hypertension traitée par médication. Nom(s) du/des médicament(s) _____

Diabète sucré et suit un traitement par médication ou insuline

Hyperlipidémie traitée par médication. Nom(s) du/des médicament(s) _____

Une maladie coronarienne non citée ci-dessus. Spécifiez : _____

Un trouble de santé ou un facteur de risque non cité ci-dessus. Spécifiez : _____

LES FORMULAIRES INCOMPLETS RETARDERONT LE TRAITEMENT

Oui Non Un changement de style de vie (diète et exercice physique) a-t-il été prescrit au client au cours d'une période d'au moins six mois avant la demande d'autorisation de traitement de l'obésité par médication.

Oui Non Le client poursuit-il ce changement de mode de vie pendant la prise de médicaments contre l'obésité.

Oui Non Si vous avez déjà acheté le produit, veuillez faire parvenir les reçus.

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Approuvé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de commencement (AAAA/MM/JJ)	Date de terminer (AAAA/MM/JJ)
---	-----------------------------------	-------------------------------