

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

Nom du médicament à considérer VIAGRA	Concentration TOUT
---	------------------------------

VEUILLEZ SOUMETTRE UNE COPIE DE VOTRE HISTORIQUE DE RÉCLAMATIONS DES MÉDICAMENTS DE VOTRE PHARMACIE DE L'ANNÉE DERNIÈRE

Le client souffre d'une dysfonction érectile, soit l'incapacité d'obtenir et de maintenir une érection suffisante pour des relations sexuelles satisfaisantes. Ce problème est dû à :

- Le client souffre d'un effet secondaire conséquent à l'utilisation d'une médication prescrite. Spécifiez nom(s) du (des) médicament(s):

- Le client souffre de diabète sucré et est traité par médication ou insuline. (*approbation à vie*)
- Le client souffre d'une maladie des artères iliaques causant une diminution notable du flux sanguin (ex. : anomalies décelées au doppler ou absence de pouls). (*approbation à vie*) (Attachez les résultats d'examens)
- Le client a subi une prostatectomie ou une radiothérapie de la prostate. (*approbation à vie*)
- Le client souffre d'une blessure ou d'une maladie neurologique (c à d. scléroses multiples, blessure de la moelle épinière). (*approbation à vie*)
- Le client présente des anomalies au niveau du système endocrinien, c à d. bas taux de testostérone. (*approbation à vie*) (Attachez les résultats d'examens)
- Le client souffre d'un problème psychiatrique pour lequel il est sous médication ou suivi par un psychiatre. (*approbation annuelle*)
- Veuillez spécifier tout autre problème médical occasionnant une dysfonction érectile chez le client :

En plus des conditions médicales mentionnées ci-dessus :

Oui Non Le client a-t-il reçu une ordonnance concernant toute forme de dérivés nitrés?

Si oui, veuillez décrire sommairement les raisons de ce traitement.

LES FORMULAIRES INCOMPLETS RETARDERONT LE TRAITEMENT

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)
---	-----------------------------------	-------------------------------