

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 <input type="checkbox"/> Participant <input type="checkbox"/> Conjoint/e <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre		Adresse	
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone ()	Date de naissance du patient (AAAA/MM/JJ)
<p>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.</p>				
Signature X				Date (AAAA/MM/JJ)
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	
<p>RAISON POUR PRESCRIRE LE MÉDICAMENT DEMANDÉ:</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune autre alternative thérapeutique pour la condition médicale du patient</p> <p><input type="checkbox"/> Thérapie antécédente inefficace: _____</p> <p><input type="checkbox"/> N'a pu tolérer la thérapie antérieure / effets secondaires : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre</p> <p>(Veillez 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)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				

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):					
<input type="checkbox"/> Cabinet du médecin	<input type="checkbox"/> Clinique privée	<input type="checkbox"/> Clinique d'hôpital	<input type="checkbox"/> Hôpital	<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Facilité SLD

LES FORMULAIRES INCOMPLETS RETARDERONT LE TRAITEMENT