

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

Nom du membre		N° de groupe		N° de certificat SécurIndemnité	
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 postal	N° de téléphone ()	Date de naissance du client	

Si vous souhaitez recevoir une réponse/lettre par courriel, veuillez indiquer clairement votre adresse courriel exacte; autrement, vous recevrez votre réponse par la poste.

OU si vous avez un compte eProfile et que vous souhaitez recevoir votre réponse/lettre par courriel, veuillez indiquer « Oui » ci-dessous. Nous utiliserons l'adresse courriel associée à votre compte eProfile.

- Oui, je souhaite recevoir ma réponse/lettre par courriel, à l'adresse courriel indiquée dans mon compte eProfile.
 Non, je ne souhaite pas recevoir ma réponse par courriel pour le moment.

Veillez noter que toutes les réponses/lettres envoyées par courriel ne seront pas également envoyées par la poste.

Par la présente, j'autorise:

1. tout médecin, tout hôpital, toute compagnie d'assurance, tout autre professionnel de la santé et SécurIndemnité à échanger les renseignements liés à cette demande aux fins d'évaluation d'une autorisation spéciale – exception du patient, de l'adjudication de la demande et de l'administration de mon régime de soins de santé;

2. L'échange de renseignements entre les entreprises d'administration des programmes d'aide aux patients et SécurIndemnité, dans le but d'assurer la continuité des soins, en recherchant et en favorisant une couverture additionnelle ou de l'aide au remboursement, et en assurant le suivi.

J'assume la responsabilité de tous les coûts associés à ce formulaire à remplir. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

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

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

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

MÉDICAMENT POUR LA DEMANDE D'AUCUNE SUBSTITUTION

Diagnostic

Nom du produit

ESSAIS OBLIGATOIRES DE DEUX GÉNÉRIQUES INTERCHANGEABLES, SI PLUS D'UNE VERSION GÉNÉRIQUE EXISTE

Nom du produit (1)

Veillez choisir la raison médicale qui explique pourquoi le médicament générique ne peut être utilisé par le patient:

- Contre-indication Réaction indésirable Échec thérapeutique

Veillez préciser les effets:

Nom du produit (1)

Veillez choisir la raison médicale qui explique pourquoi le médicament générique ne peut être utilisé par le patient:

- Contre-indication Réaction indésirable Échec thérapeutique

Veillez préciser les effets:

Commentaires additionnels:

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)	Évaluateur
---	--------------------------------------	-------------------------------	------------