

Formulaire d'autorisation préalable de la MHCSI – Général (demande initiale ou renouvellement)

Strictement confidentiel. Ce formulaire doit être rempli **AU COMPLET** et présenté à la MHCSI afin de faire autoriser la couverture d'un médicament à autorisation préalable par l'assurance-médicaments parrainée par votre employeur. Le remboursement sera accordé si les critères sont remplis et si cette catégorie de médicaments est couverte par votre régime. Veuillez communiquer avec la MHCSI pour obtenir les détails sur les critères s'appliquant aux médicaments. Les approbations peuvent être assujetties à la quantité ou aux montants maximums, conformément au régime.

À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ – RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du participant :		N° de groupe :	N° du certificat ou du client :
N° et rue :		Ville :	
Province :	Code postal :	Téléphone : ()	
Nom du patient :		Date de naissance : (JJ/MM/AAAA)	
Vous ou vos personnes à charge êtes-vous couverts par un autre régime d'assurance <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Si oui, remplir ce qui suit)			
Nom de l'autre assureur : _____		Nom du participant : _____	
N° d'identification : _____		N° de la police : _____	
Ce médicament est-il couvert par la coordination des prestations? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Êtes-vous inscrit à un programme d'aide aux patients d'un fabricant <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (nom du programme) : _____			
Veillez noter que vous êtes inscrit au programme d'un réseau de fournisseurs privilégiés (RFP). Les pharmacies privilégiées où ce médicament peut être acheté sont : Lawtons Drugs; Pharmacie Sobeys; Sobeys Pharmacy by Mail; Pharmacie Safeway; Pharmacie FreshCO; Pharmacie Thrifty Foods; Pharmacie Foodland et Pharmacie Rexall en Ontario et sur l'île de Vancouver.			
Veillez indiquer l'emplacement de votre pharmacie privilégiée : _____			
J'autorise par la présente tout prescripteur autorisé, autre professionnel de la santé, établissement, compagnie d'assurance, programme d'accès aux patients, promoteur/administrateur du régime et la MHCSI à échanger des renseignements liés à cette demande de règlement afin d'évaluer l'autorisation préalable et les demandes de règlement, et d'administrer mon régime d'assurance-médicaments. Une photocopie de cette autorisation est aussi valable que l'original. Je certifie que les renseignements fournis sur le présent formulaire sont exacts et complets.			
Signature (patient 14 ans et plus/parent/tuteur légal)		Date : (JJ/MM/AAAA)	
X			

À remplir par le médecin – médicament/renseignements sur le diagnostic – Demande initiale ou renouvellement

Médicament demandé :	Posologie et intervalle :	DIN :
Quantité requise :	Pour les produits injectables, établissement où le médicament est administré :	
Diagnostic/indication :	Durée prévue du traitement :	
Objectifs thérapeutiques :		

À remplir par le médecin – Renseignements cliniques à jour – Demande initiale

MÉDICAMENTS ESSAYÉS	POSOLOGIE/FRÉQUENCE	DURÉE	RÉACTION/EFFETS SECONDAIRES/ CONTRE-INDICATIONS

Résultats des tests de laboratoire connexes / autres tests, le cas échéant : _____

Renseignements médicaux supplémentaires :

Pourquoi les autres thérapies de base ne sont-elles pas une option?

Contre-indication Effets secondaires Échec thérapeutique Autres, veuillez expliquer :

À remplir par le médecin – Renouvellement

Réaction au traitement: (veuillez fournir les détails)

Médecin prescripteur : Veuillez noter que ce patient est inscrit au programme d'un réseau de fournisseurs privilégiés (RFP). Les pharmacies où ce médicament peut être acheté sont : Lawtons Drugs; Pharmacie Sobeys; Sobeys Pharmacy by Mail; Pharmacie Safeway; Pharmacie FreshCO; Pharmacie Thrifty Foods; Pharmacie Foodland et Pharmacie Rexall en Ontario et sur l'île de Vancouver.

MÉDECIN PRESCRIPTEUR	PHARMACIEN FOURNISSEUR
Nom et adresse postale :	Nom, magasin et coordonnées :
Téléphone : _____ Téléc. : _____	Téléphone : _____ Téléc. : _____

RÉSERVÉ À LA MHCSI

<input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée Prolongation possible <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Notes :
Date : _____	Ph. C. : _____
Période des dates approuvées :	
Quantité : _____	Numéro de traitement : _____
RFP seulement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Le pharmacien fournisseur du RFP a téléphoné: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	