



Demande d'exception pour médicament non-éligible, Bénéfices de Groupe DEMANDE D'EXCEPTION

Directives:

1. Section 1 doit être complétée par le membre du régime/patient
2. Section 2 doit être complétée par le médecin (les dépenses encourues pour cette fin sont la responsabilité du membre du régime)
3. Section 3 doit être complétée par le pharmacien

Prière de soumettre le formulaire complété à NexgenRx Provider Services par fax: 1-877-639-4369, par courrier postal: 145 The West Mall, CP 110U, Toronto, Ontario, M8Z-5M4, ou par courriel: providerservices@nexgenrx.com

Ce formulaire NexgenRx deviendra la propriété de NexgenRx après signature autorisée et sera acheminé par courriel à "Specialty Program" tel que consenti par votre employeur.

Tous les champs doivent être complétés: Un formulaire incomplet pourrait résulter en un refus de votre application

Section 1: Doit être complétée par le patient

Carrier ID		Numéro, régime de groupe		Numéro du certificat	Code du patient
9	8				
Nom du membre: (Surnom, prénom)			Employeur:		
<u>Nom du patient: (Surnom, Prénom)</u>			Date de naissance du patient (JJ/MM/AAAA)		Lien de parenté au membre <input type="checkbox"/> Employé (e) <input type="checkbox"/> Conjoint (e) <input type="checkbox"/> Personne à charge
Coordination des bénéfices: le patient a-t-il une couverture d'un autre fournisseur? Oui Non					
Adresse complète du patient:					
Adresse civique		Numéro d'appartement	Ville	Province	Code postal

Les résultats de cette demande seront communiqués à:

Patient/tuteur légal nommé ci-dessous:	Courriel du patient:	Numéro de téléphone du patient () -
--	----------------------	---



Demande d'exception pour médicament non-éligible, Bénéfices de Groupe DEMANDE D'EXCEPTION

J'autorise NexgenRx Inc. (a) à utiliser les informations personnelles divulguées sur ce formulaire, et toutes autres informations déjà connues par NexgenRx Inc. concernant le patient ci-haut mentionné, pour des fins de participation à ce programme de soutien clinique du patient et (b) de contacter, et d'obtenir toute information personnelle et de divulguer cette information au médecin, pharmacien, autre professionnel de la santé ou intervenant ayant connaissance de la condition pertinente de santé du patient et des réclamations pertinentes. Vous autorisez la divulgation de ce formulaire à "Specialty Program" tel que consenti par votre employeur.

J'accepte à être rejoint par le Régime par téléphone, messages textuels ou courriel et au transfert d'informations personnelles par téléphone, fax ou courriel entre le Régime, mon assureur, et mon (es) fournisseur (s) de soins de santé dans le but de déterminer mon éligibilité au Régime et à la fourniture de services fournis par le Régime. Les courriels et messages textuels peuvent être utilisés tout au long de ma participation au Régime afin de m'informer de la situation vis-à-vis le Régime et de ses services, et de me faire parvenir les avis et rappels. Je reconnais que les courriels et messages textuels ne sont pas des outils de communication sécuritaires. Les informations contenues dans les courriels et messages textuels peuvent être accédées par de tierces parties. Les communications électroniques sont à mon option et je peux retirer cette option à n'importe quel moment.

Name: Nom, patient/tuteur légal	Numéro de téléphone () -
Signature du patient/tuteur légal	Date (JJ/MM/AAAA)

Êtes-vous inscrit à un programme de soutien aux patients? OUI Non	
Si oui, indiquez quel programme:	
Nom de la personne-ressource au sein du programme de soutien:	Numéro de téléphone () -
Numéro de fax: () -	Courriel de la personne-ressource
Donnez-vous votre assentissement afin que NexgenRx et/ou la personne-ressource au sein du Specialty Program approuvé par votre employeur puisse (nt) contacter le programme de soutien aux patients? OUI NON	
Avez-vous une couverture provinciale ou avez-vous soumis une demande de couverture provinciale? OUI NON	

Demande d'exception pour médicament non-éligible, Bénéfices de Groupe DEMANDE D'EXCEPTION

Section 2: À être complété par le médecin

Nom et force du médicament:	DIN:	Mode d'utilisation du dosage:
-----------------------------	------	-------------------------------

Ce médicament pourrait ne pas être couvert à 100% parce qu'il existe une alternative thérapeutique *OU ce médicament n'est pas inclus dans notre liste de médicaments* et est présentement assujéti à un pourcentage de couverture réduit. Le processus d'exemption est requis pour fins de révision et de prise en considération de la couverture. Ce processus est similaire à celui de pré-autorisation pour groupe de médicaments, et nécessite que le fournisseur de soins de santé complète le formulaire et *explique les raisons médicales, incluant la liste de médicaments essayés dans le passé pour cette raison médicale/maladie et toutes autres informations pertinentes à cette requête. Ceci s'applique également aux médicaments d'évaluation spéciale.*

Prière de noter qu'uniquement les indications publiées dans la monographie du produit soumise à Santé Canada seront prises en considération.

Prière d'indiquer si le patient est couvert par un autre régime de médicaments, ou est éligible à une assistance gouvernementale, ou est inscrit à un programme d'assistance de patients parrainé par un manufacturier de produits pharmaceutiques.

Prière d'indiquer quels autres médicaments le patient a essayé et auxquels le patient a eu des effets adverses.

À compter du moment que l'exemption a été prise en considération et que cette exemption a été approuvée pour une certaine période de temps au titulaire de carte, *le pourcentage des coûts de co-paiement attribuable au titulaire, tel que convenu par le répondant du régime, demeurera le même que pour tout autres médicaments éligibles.*



Demande d'exception pour médicament non-éligible, Bénéfices de Groupe DEMANDE D'EXCEPTION

Nom du médecin (Surnom, prénom)	Numéro de license Spécialisation:
Adresse: (Rue, Ville, Province, Code postal)	Numéro de téléphone : () - Numéro de télécopieur: () -
Signature du médecin: _____	Date (JJ/MM/AAAA)

Section 3: doit être complétée par le pharmacien

Nom de la pharmacie :	Numéro de fournisseur : () -
Adresse de la pharmacie (Rue, Ville, Province, Code postal)	Numéro de téléphone: () -
Signature du pharmacien : _____ Nom du pharmacien (en caractères gras; surnom, prénom) _____	Numéro de télécopieur : () -

Internal Office Use Only:

Date Received:	Start Date:	End Date:	Date Approved:
----------------	-------------	-----------	----------------