



NexgenRx Inc.
145 The West Mall
PO Box 110 U
Toronto, Ontario
M8Z 5M4

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

Prière de remplir ce formulaire lorsque vous désirez faire une réclamation pour un médicament prescrit et normalement non éligible selon les termes de votre régime. La réclamation est pour un membre du régime et/ou un de ses dépendants. La réclamation sera évaluée par le département de prestataires de service de NexgenRx pour fins d'autorisation. Envoyez ce formulaire par fax au 1-877-639-4369 ou par courriel à providerservices@nexgenrx.com. Pour raisons de confidentialité, nous vous prions de ne pas contacter ou soumettre ce formulaire à votre employeur.

SECTION 1 Vous pouvez obtenir votre N°. du groupe/contrat et votre N°. du certificat à même votre carte de membre du régime	N°. du groupe/contrat	N°. du certificat	Promoteur du régime/employeur
	Membre du régime/Nom de l'employé (prénom, initiale, nom)		Date de naissance
	Adresse		Numéro de téléphone et adresse courriel
	Ville	Province	Code postal
	N°. du certificat et nom de votre conjoint (e) seulement si employé (e) par le même		

SECTION 2 Informations sur le patient	Nom complet du patient	Date de naissance	Lien de parenté avec le membre
---	------------------------	-------------------	--------------------------------

SECTION 3 Demande pour un médicament non couvert	Nom et dosage du médicament prescrit	DIN
	Nom du médecin (en caractères majuscules)	N° de téléphone du médecin
	Signature du médecin	N° du permis de pratique

<p>SECTION 4</p> <p>Détails sur la condition médicale</p> <p>À être complétée par le médecin</p>	<p>Ce médicament peut ne pas être couvert à 100% dû à l'existence d'une alternative thérapeutique OU qu'il n'est pas inclus dans notre liste de médicaments et est présentement couvert à un moindre pourcentage. Les procédures d'exception est nécessaire pour évaluation et considération pour fins de couverture. Tout comme pour toute réclamation pour les médicaments présentement inclus sur la liste des médicaments pré-autorisés, cette réclamation doit être justifiée par le médecin traitant, qui doit compléter ce formulaire et <i>donner les raisons médicales, incluant les médicaments prescrits et essayés par le passé pour la condition médicale ou la maladie, ainsi que toutes les informations pertinentes relatives à ;a présente demande. Ceci s'applique également aux médicaments spéciaux sous évaluation.</i></p> <p>S'il vous plaît indiquer si le patient est couvert sous un autre régime d'assurances-médicament ou est éligible à un programme gouvernemental ou est inscrit à un Programme d'Assistance aux Patients (PAP) commandité par une firme de produits pharmaceutiques.</p> <p><i>Prière de noter que seules les Indications publiées dans la monographie du produit soumise auprès de Santé Canada seront prises en considération.</i></p> <p>Une fois les considérations de demande d'exception évaluées et accordées au détenteur du régime pour une période temps déterminée et limitée, <i>le pourcentage de coassurance déterminé par le promoteur du régime demeurera le même que pour tout médicament éligible.</i></p>
---	---

<p>SECTION 5</p> <p>Autorisation</p> <p>MEMBRE</p>	<p>Je certifie que les informations accompagnant cette réclamation sont véridiques et complètes. Je comprends que l'accès à mes informations personnelles est limité aux employés de NexgenRx Inc., ses représentants, réassureurs, et fournisseurs de service dans l'exécution de leur travail, et aux personnes à qui j'ai consenti cet accès, et aux personnes autorisées par la loi. Je consens à la validité de toute transmission de ces informations par photocopie ou par canaux électroniques. Je comprends que les termes de la politique de confidentialité de NexgenRx Inc. sont disponibles à www.nexgenrx.com. Par la présente, j'autorise NexgenRx Inc. à contacter et à obtenir toute information personnelle jugée appropriée auprès de tout médecin, pharmacien, ou tout autre professionnel de la santé pouvant avoir toute information pertinente à cette réclamation ou toute autre réclamation reliée à celle-ci. J'autorise également NexgenRx Inc. à partager toute information similaire avec les professionnels de la santé en ce qui a trait à cette réclamation. Je comprends que les frais engagés pour la soumission de la présente réclamation sont la responsabilité du détenteur du régime. Je comprends également que la décision relative à l'approbation de ce médicament sera prise selon les termes du régime.</p>		
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;">Signature du détenteur du régime</td> <td style="width: 30%;">Date</td> </tr> </table>	Signature du détenteur du régime	Date
Signature du détenteur du régime	Date		

POUR ADMINISTRATEUR (S) / CLIENT (S) SEULEMENT * SIGNATURE EST OBLIGATOIRE		
<u>Nom imprime :</u>	<u>SIGNATURE:</u>	<u>DATE:</u>