



HealthWATCH® Drug Plan Specialty Solutions Program DEMANDE D'EXEMPTION

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)

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 HealthWATCH® Drug Plan Specialty Solutions Program une fois la révision par notre département/personnel complétée.

Tous les champs doivent être complétés: Un formulaire incomplet pourrait résulter à 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



HealthWATCH® Drug Plan Specialty Solutions Program DEMANDE D'EXEMPTION

Les résultats de cette demande seront communiqués à:

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

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 HealthWATCH® Drug Plan Specialty Solutions Program.

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 de patients? OUI _____ NON _____

Si oui, à quel programme?

Nom de la personne responsable de votre dossier	Numéro de téléphone () -
Numéro de télécopieur () -	Courriel de cette personne responsable:

Autorisez-vous NexgenRx et/ou la personne responsable à HealthWATCH for Business Specialty Solutions Program de contacter le programme de soutien de patients?

Oui _____ Non _____

Avez-vous une couverture provinciale, ou y avez-vous faite un telle application? Oui _____ Non _____



HealthWATCH® Drug Plan Specialty Solutions Program DEMANDE D'EXEMPTION

Section 2: À être complété par le médecin

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

L'éligibilité à la couverture du médicament dépend sur si le patient satisfait au moins un des critères d'éligibilité de Santé Canada.

Prière de noter que seulement les Indications publiées dans la monographie du produit, telles que soumises à Santé Canada seront prises en considération.

Prière d'indiquer le critère d'éligibilité pour fins de couverture de ce médicament:

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie: Surnom, Prénom)				
Numéro de license	Spécialiation:	Numéro de téléphone () -	Numéro de télécopieur () -	
Adresse:				
Adresse civique	Numéro d'appartement	Ville	Province	Code postal
Signature du médecin:			Date (JJ/MM/AAAA)	



HealthWATCH® Drug Plan Specialty Solutions Program DEMANDE D'EXEMPTION

Les médicaments d'exception qui ne sont pas normalement couverts par le Régime ne sont pas éligibles pour le regroupement des excédents de pertes.

Pour usage interne seulement Date reue	Date du début	Date de terminaison	Date d'approbation et par
			Adresse courriel de SHN: nexgenrxspecialty@sdmshn.ca