

HealthWATCH for Business® Tier Drug Plan DEMANDE D'EXCEPTION DE MÉDICAMENT

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/fax à "Specialty Program", programme accepté par votre employeur.

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, Pr/nom)	Employeur:	
Nom du patient: (Surnom, Prénom)	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		

Afin d'être éligible pour couverture, un essai de deux médicaments alternatifs pourrait être requis. La demande d'exception sera examinée et une décision vous sera communiquée par courriel ou appel téléphonique. Le fait de compléter ce formulaire n'est pas une garantie d'approbation.



Les résultats de cette demande seront communiqués à:

Patient/tuteur légal nommé ci-dessous:	Courriel du patient:	Numéro de téléphone du patient: () -
<p>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 de tierces parties approuvées par votre employeur.</p> <p>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.</p>		
Nom du patient/tuteur légal:	Numéro de téléphone () -	
Signature du patient/tuteur légal	Date (jj/mm/aaaa)	

Section 2: doit être complétée par le médecin :

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

Les avantages-médicaments de ce patient incluent un régime de gestion des médicaments à deux volets de remboursement. Sous l'égide de ce régime, le coût de ce médicament ne sera pas remboursé au niveau plus élevé, donné le fait qu'il existe des options à coûts moins élevés. Le membre a été avisé qu'il y a des raisons médicales pour lesquelles il n'y a pas d'alternatives de traitement à un coût moins élevé, à la recherche d'un taux de remboursement plus élevé. Afin d'évaluer l'éligibilité, NexgenRx requiert des information additionnelles afin d'évaluer toute réclamation. Prière de noter qu'uniquement les Indications publiées dans la monographie du produit, telles que soumises à Santé Canada seront prises en considération.
Prière d'indiquer les thérapies essayées et les résultats cliniques/effets secondaires adverses.

Nom du médecin: (en caractères d'imprimerie; surnom, prénom)	Numéro de license:
	Spécialisation:
Adresse: (rue, ville, province, code postal)	Numéro de téléphone: () -
	Numéro de fax: () -
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: () - Numéro de fax: () -
Signature du pharmacien: _____ Nom du pharmacien (en caractères d'imprimerie: surnom, prénom) _____	

Usage interne seulement:

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