

NXG-- DEMANDE D'EXEMPTION, PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS EN CLINIQUE

Instructions:

1. La section 1 doit être complétée par le membre du régime/patient (e)
2. La section 2 doit être complétée par le médecin (les dépenses encourues afin de compléter cette section sont aux frais du membre du régime)
3. La section 3 doit être complétée par la pharmacie

Prière d'envoyer par fax les formulaires ainsi complétés à NexgenRX Provider Services : 1-877-639-4369, ou par courrier postal : 145 The West Mall, P.O. 110U, Toronto, Ontario

Tous les champs de saisie sont obligatoires:

Section 1: À être complétée par le patient

Nom du membre: (Surnom, Prénom)	Numéro de la carte d'identifica tion	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> </tr> </table>																				
<u>Nom du patient: (Surnom, Prénom)</u>	Date de naissance du patient (jj/mm/aaaa)	Relation avec le membre (encerclez) Employé (e) Conjoint (e) Personne à charge	Code du patient																			

Les résultats de cette demande seront partagés avec:

<input type="checkbox"/> Pharmacie	<input type="checkbox"/> Patient/ Tuteur légal	<input type="checkbox"/> Courriel du patient:
------------------------------------	--	---

Par la présente, j'autorise NexgenRx Inc. (a) à utiliser toutes informations personnelles divulguées sur ce formulaire, et toutes autres informations connues par NexgenRx Inc. concernant le (la) patient (e) ci-haut mentionné (e), pour fins de participation au programme de soutien aux patients (es) en clinique, et (b) de contacter, et d'obtenir toutes autres informations personnelles et de divulguer ces informations à tout médecin, pharmacien (ne), et autres intervenants professionnels pertinents dans le domaine des soins de santé, incluant tout agent au courant de la situation médicale du (de la) patient (e), de cette demande d'exemption et de toute autre réclamation pertinente.

Patient/Tuteur légal: _____ Numéro de téléphone: _____

Signature du patient/tuteur légal: -----Date (jj/mm/aaaa):-----

Êtes-vous inscrit à un programme de soutien pour patients? Oui----- Non -----

Si oui, prière d'indiquer quel programme: -----

Nom de la personne-ressource de ce programme: ----- Numéro de téléphone: -----

Numéro de fax: ----- Adresse courriel de la personne-ressource: -----

Autorisez-vous NexgenRx à contacter le programme de soutien pour patients? Oui----- Non-----

NXG-- DEMANDE D'EXEMPTION, PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS EN CLINIQUE

Section 2: À être complétée par le médecin

Nom du médicament & dosage	DIN:	Mode d'utilisation du dosage:
----------------------------	------	-------------------------------

L'admissibilité à la couverture/médicament est conditionnelle; le patient doit se conformer à au moins un des critères de Santé Canada le qualifiant pour cette couverture.

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

Prière d'inscrire les critères d'admissibilité de la couverture du (des) médicament (s):

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie: Surnom, Prénom)	Numéro de la license: Spécialité :
Adresse civile (Rue, Ville, Province, code postal):	Numéro de téléphone: Numéro de fax:
Signature du médecin:	Date (jj/mm/aaaa)

Section 3: doit être complétée par la pharmacie:

Nom de la pharmacie:	Numéro d'enregistrement:
Adresse de la pharmacie (Rue, Ville, Province, code postal)	Numéro de téléphone
Signature du pharmacien:	Numéro de fax:
Nom du pharmacien (en caractères d'imprimerie: Surnom, Prénom)	

Les «médicaments d'exception» qui ne sont pas couverts de manière standard dans le plan ne sont pas admissibles à la mise en commun des pertes.

Pour usage à l'intrene seulement:

Date Received:			Date Approved & By:
----------------	--	--	---------------------