



Demande d'approbation d'un médicament de marque

Le médicament prescrit faisant l'objet de cette demande d'exception est couvert jusqu'à concurrence du prix du produit interchangeable le moins cher. Si cette exception est approuvée, vous recevrez un remboursement jusqu'à concurrence du prix raisonnable et habituel du produit délivré. Le coût du médicament prescrit ne sera approuvé au titre de ce régime que si le prescripteur indique que le médicament interchangeable le moins cher ne peut être toléré par le patient ou qu'il est inefficace.

Pour faire une demande d'exception, veuillez remplir les sections 1 et 3, et faire remplir la section 2 par votre prescripteur.

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT			
Nom de famille	N° d'identification RAEQ	Adresse de courriel	
Prénom	Date de naissance (AA/MM/JJ)	Numéro de téléphone	
Adresse	Ville	Province	Code postal
SECTION 2 - DÉCLARATION DU PRESCRIPTEUR (il incombe au membre du régime de payer les frais demandés pour faire remplir ce formulaire)			
Veuillez noter que le prescripteur doit remplir la section 2 en entier et faire une déclaration à l'intention du Programme Canada Vigilance de Santé Canada et l'envoyer au fabricant de chaque médicament générique essayé (l'essai de 2 médicaments génériques au moins doit être effectué)			
Médicament générique n° 1 : _____ DIN : _____			
Fabricant : _____ Posologie : _____			
Dates d'utilisation : _____			
Effet indésirable : _____			
Date de l'effet indésirable : _____			
Gravité :			
Potentiellement mortel <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Soins médicaux nécessaires <input type="checkbox"/>			
Effet indésirable déclaré à Santé Canada Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Déclaration d'effet indésirable envoyée au fabricant Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Médicament générique n° 2 : _____ DIN : _____			
Fabricant : _____ Posologie : _____			
Dates d'utilisation : _____			
Effet indésirable : _____			
Date de l'effet indésirable : _____			
Gravité :			
Potentiellement mortel <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Soins médicaux nécessaires <input type="checkbox"/>			
Effet indésirable déclaré à Santé Canada Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Déclaration d'effet indésirable envoyée au fabricant Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Nom du prescripteur	Numéro de téléphone		
Adresse	Numéro de télécopieur		
Ville	Province	Code postal	
Signature du prescripteur	Date de signature (AA/MM/JJ)		

SECTION 3 – AUTORISATION (veuillez signer et indiquer la date ici)

Je certifie que moi-même et/ou mes personnes à charge admissibles (« "personnes à ma charge" ») avons reçu les biens et services faisant l'objet de la présente demande de règlement et que les renseignements fournis sont exacts et complets.

J'autorise le RAEO et ses fournisseurs de services à recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels relatifs à ma demande (renseignements) aux fins de la gestion du régime d'assurance, des contrôles, de l'investigation, du traitement et de la gestion de ma demande.

Les personnes à ma charge m'autorisent à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet lorsqu'ils sont nécessaires aux fins mentionnées ci-dessus. J'autorise toute personne ou organisation détenant des renseignements pertinents, notamment tout professionnel de la santé ou établissement de soins de santé, autorité professionnelle, employeur, ou programmes offerts par un régime d'assurance à recueillir, utiliser, conserver et échanger entre eux et avec le RAEO et ses fournisseurs de services, les renseignements nécessaires aux fins mentionnées ci-dessus.

J'autorise l'utilisation de mon numéro d'identification du RAEO à des fins d'identification et de gestion. Je reconnais qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est valide.

Je reconnais que je peux me renseigner davantage sur les méthodes et les motifs du RAEO reliés à la collecte, l'utilisation, la conservation et la divulgation des renseignements personnels en consultant la Politique du RAEO sur la protection de la vie privée sur le site Web au www.raeo.com ou en demandant d'en recevoir un exemplaire.

Je comprends que tous les renseignements recueillis aux fins indiquées en vertu de la présente autorisation seront versés dans un dossier d'assurance.

Seules les personnes suivantes auront accès à ces renseignements :

- au RAEO et à ses fournisseurs de services dans l'exercice de leurs fonctions;
- les personnes que j'ai autorisées;
- les personnes autorisées par la loi.

J'ai le droit de demander à consulter les renseignements personnels versés à mon dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.

Signature du membre du régime

Date de signature

SECTION 4 - INSTRUCTIONS D'ENVOI

Veuillez faire parvenir le formulaire dûment rempli, accompagné des reçus originaux officiels de la pharmacie, à :

À L'ATTENTION DE : Service des autorisations spéciales pour médicaments

C.P. 1606

Windsor (Ontario) N9A 6W1

Le formulaire peut être transmis par télécopieur au 1 519 739-6483 (ou sans frais au 1 866 797-6483)