



MÉDICAMENT MAGISTRAL – DEMANDE D'APPEL

FORMULAIRE D'AUTORISATION SPÉCIALE

Important : Des renseignements incomplets ou manquants peuvent retarder le traitement de votre demande.

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom	Numéro d'ID	Nom de l'employeur	
Prénom	Date de naissance (A/M/J)	Numéro de téléphone	
Adresse municipale	Ville	Province	Code postal

Veillez nous fournir des renseignements sur l'autre régime d'assurance (provincial ou privé) en ce qui concerne ce ou cette patient(e) et ce médicament :

Demande Soumise : Oui Non Approuvée Refusée Ne répond pas aux critères d'admissibilité

Deuxième assureur : _____ Numéro d'identification de la personne assurée. _____

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PRESCRIPTEUR

Nom du prescripteur	Spécialité	Signature du prescripteur	Date (A/M/J)
Adresse municipale		Numéro de téléphone	
Ville	Province	Code postal	Numéro de télécopieur

SECTION 3 – COMPOSÉ DEMANDÉ AUX FINS D'ÉVALUATION

MÉDICAMENT MAGISTRAL DEMANDÉ : _____

Ingrédient actif : _____

Voie d'administration : _____

UTILISATION ET/OU DIAGNOSTIC DEMANDÉS : _____

Expliquez en détail pourquoi le patient ne peut pas utiliser un produit disponible sur le marché :

Décrivez tous les médicaments alternatifs qui ont été envisagés et expliquez pourquoi ils ne conviennent pas au patient :

L'utilisation demandée pour ce médicament est-elle appuyée par la pratique courante ou est-elle considérée comme une norme de soins? OUI NON

Veillez fournir une déclaration de consensus pertinente, des lignes directrices ou d'autres preuves pour appuyer l'utilisation demandée.

L'utilisation demandée pour ce médicament est-elle appuyée par des preuves cliniques? OUI NON

Veillez fournir des copies d'au moins deux études cliniques de phase II ou de phase III démontrant l'efficacité et l'innocuité.

Fournissez tout renseignement supplémentaire à l'appui de cette demande :

SECTION 5 – DIRECTIVES D'ENVOI PAR LA POSTE

Une fois rempli, retourner le formulaire de demande à l'adresse suivante : **GreenShield, coordonnateurs, Production liée aux réclamations – Demande d'appel**

Case postale 1606, Windsor ON N9A 6W1

Les formulaires peuvent être envoyés par télécopieur ou par courriel : soit par télécopieur au 1 519 739-6483 ou sans frais : 1 866 797 6483 ou par courriel :

ClaimsProductionCoordinators@greenshield.ca

Important : Des renseignements incomplets ou manquants peuvent retarder le traitement de votre demande.

LE COÛT, LE CAS ÉCHÉANT, DE L'OBTENTION DE CES RENSEIGNEMENTS EST AUX FRAIS DU (DE LA) PATIENT(E)/DE LA PERSONNES ASSURÉE.