

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT				
Nom de l'adhérent :		Numéro de Certificat :		Numéro de groupe:
Adresse complète:				
Ville :		Province :		Code postal :
Téléphone :			Adresse courriel :	
Nom de l'employeur/titulaire de la police :				
SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT				
Nom du patient:				
Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :			Lien avec adhérent:	
Avez-vous présenté une demande de couverture auprès d'un programme provincial? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
Votre demande de couverture auprès du programme provincial pour ce médicament ou fourniture a-t-elle été approuvée? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
Si vous avez présenté une demande de couverture auprès d'un programme provincial, veuillez nous fournir une copie de la lettre de refus ou d'acceptation.				
Êtes-vous inscrit à un programme d'aide aux patients offert par un fabricant pharmaceutique? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
Si oui, veuillez fournir votre numéro d'identification au titre du programme d'aide aux patients: _____				
SECTION 3 - AUTORISATION ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS				
<p><b>J'autorise tout professionnel de la santé (médecin, pharmacien, dentiste), toute personne (fournisseur de services), toute autre compagnie d'assurance, tout établissement public ou privé de la santé, tout organisme gouvernemental en rapport avec la santé ou les services sociaux, à divulguer et à échanger des renseignements demandés par l'assureur ou AGA Assurances Collectives, nécessaires à l'étude de ma demande d'autorisation préalable pour ce médicament.</b></p>				
Signature du patient:			Date:	
Signature de l'adhérent lorsque l'assuré est mineur :			Date:	
SECTION 4 - MÉDICAMENT VISÉ PAR LA DEMANDE				
Nom du médicament d'origine :				
DIN :				
Posologie :			Teneur/Force :	
SECTION 5- TRAITEMENTS GÉNÉRIQUES ANTÉRIEURS				
Veuillez fournir la liste des médicaments génériques utilisés à ce jour pour contrôler cette condition				
Nom du médicament/traitement prescrit présentement ou par le passé	Teneur - concentration - force / Posologie	Début traitement (AAAA-MM-JJ)	Date d'arrêt (AAAA-MM-JJ)	Réaction du patient au traitement : exemple : aucune, allergie, intolérance, inefficacité, rechute, etc.. (veuillez préciser)
				<input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Rechute <input type="checkbox"/> Autres Précisez : _____
				<input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Rechute <input type="checkbox"/> Autres Précisez : _____
				<input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Rechute <input type="checkbox"/> Autres Précisez : _____
				<input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Rechute <input type="checkbox"/> Autres Précisez : _____

**SECTION 6 - CODE JUSTIFICATIF DE LA RAMQ**

Si le patient est un résident du Québec, veuillez cocher le code justificatif de la RAMQ qui s'applique à cette demande :

NPS-A    NPS-B    NPS-C    Immunosuppresseant    Clozapine

Conséquences attribuées à un effet indésirable  
(veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent)

- Réaction constituant un danger de mort  
 Hospitalisation  
 Réaction allergique  
 Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Veuillez décrire la nature, le degré et la gravité de l'effet indésirable :

**SECTION 7 - SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR AUTORISÉ**

Nom du prescripteur autorisé en lettres moulées :

Spécialité:

Signature du prescripteur autorisé :

Numéro de licence:

Date :

**SECTION 8 - INFORMATION IMPORTANTE POUR LE PATIENT**

Certains frais peuvent être exigés pour remplir le présent formulaire, il est de la responsabilité du patient de les acquitter.  
Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.  
Joindre tout document supplémentaire exigé sur ce formulaire.  
L'étude de votre demande pourrait être retardée si nous n'avons pas tous les renseignements nécessaires.  
Le médicament sera admissible seulement s'il rencontre les critères établis par l'assureur.

**COMMENT RETOURNER CE FORMULAIRE**

Par courriel : [exceptions@aga.ca](mailto:exceptions@aga.ca)

Par télécopieur : (514) 935-1147

Par la poste: AGA Assurances Collectives  
3500, boul. De Maisonneuve Ouest, Suite 2200  
Westmount, Québec, H3Z 3C1