

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: _____			
S'il s'agit d'une demande de remplacement pour un appareil, veuillez nous indiquer la date initiale d'achat (AAAA-MM-JJ) et nous fournir une preuve d'achat :			
Date du premier achat (AAAA-MM-JJ) : _____			
SECTION 3 - AUTORISATION ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS			
<p>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.</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 visé par cette demande :			
Posologie :			
Forme pharmaceutique :		Teneur/Force :	
Durée prévue du traitement	Du (AAAA-MM-JJ):	Au (AAAA-MM-JJ):	
Diagnostic :		Date initiale du diagnostic (AAAA-MM-JJ):	
Le médicament sera administré à l'endroit suivant :			
<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Centre de santé et services sociaux	<input type="checkbox"/> Centre de soins de longue durée	<input type="checkbox"/> Clinique privée
<input type="checkbox"/> Hôpital - patient interne	<input type="checkbox"/> Hôpital - Patient externe	<input type="checkbox"/> Ailleurs. Précisez : _____	
Si le traitement n'est pas administré à domicile, veuillez fournir les renseignements suivants :			
Nom du lieu où aura lieu l'administration du médicament :		Téléphone:	
Adresse complète:	Ville:	Province:	Code Postal:
SECTION 5 - TYPE DE DEMANDE			
<input type="checkbox"/> Demande initiale	<input type="checkbox"/> Poursuite du traitement	<input type="checkbox"/> Modification du traitement	

SECTION 6- TRAITEMENTS ANTÉRIEURS

Veillez fournir la liste des médicaments et/ou traitements 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 : _____

SECTION 7 - RENSEIGNEMENTS CLINIQUES SPÉCIFIQUES À CETTE DEMANDE

Diagnostic

- Diabète type 1 Diabète type 2
 Date initiale du diagnostic (AAAA/MM/JJ) : _____

Contrôle du diabète

Cochez le ou les critères s'appliquant à la personne

- Non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée à la personne en dépit d'une prise en charge optimale de la maladie
 Épisodes fréquents d'hypoglycémie durant la dernière année, malgré l'adhésion à un plan de gestion de la glycémie
 Inhabileté à reconnaître les symptômes d'hypoglycémie.

Précisez : _____

Autre. Précisez : _____

Autres informations

- Le patient fait-il usage d'une pompe à insuline? OUI NON
 Le patient est-il insulino-dépendant? OUI NON

SECTION 8 - RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRE À LA POURSUITE

Le patient utilise le SGC de façon optimale, soit au moins 70% du temps

- Oui
 Non. Précisez : _____

SECTION 9 - RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (facultatif)

SECTION 10 - SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR AUTORISÉ

Nom du prescripteur autorisé en lettres moulées :	Spécialité:	
Signature du prescripteur autorisé :	Numéro de licence:	Date :

SECTION 11 - 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 télécopieur :	(514) 935-1147	Par la poste:	AGA Assurances Collectives 3500, boul. De Maisonneuve Ouest, Suite 2200 Westmount, Québec, H3Z 3C1
Par courriel :	exceptions@aga.ca		