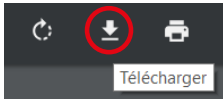


Étapes à suivre pour remplir le formulaire

1

Cliquez sur l'icône de téléchargement pour enregistrer le formulaire sur votre ordinateur.



2

Remplissez les champs du formulaire et enregistrez vos informations avant de nous soumettre une copie.

Important : Remplir en caractères d'imprimerie et répondre à chacune des sections avec le plus de précision possible.

Section A – Informations du prescripteur

1. Prénom _____ Nom _____
2. N° d'inscription au régime d'assurance maladie provincial _____
3. Adresse _____
Ville _____ Province _____ Code postal [][][][][][][]
4. Téléphone [][][][]-[][][][][] 5. Télécopieur [][][][]-[][][][][]

Section B – Informations de l'assuré(e)

Assuré(e)

1. N° de certificat [][][][][][][][] N° de groupe [][][][][]
2. Prénom _____ Nom _____
3. Date de naissance [A][A][A][A][M][M][J][J]
4. Adresse _____ App. _____
Ville _____ Province _____ Code postal [][][][][][][]
5. Téléphone [][][][]-[][][][][] 6. Autres [][][][]-[][][][][]

Coordination des prestations

1. Est-ce que vous ou une personne à charge détenez une couverture pour le médicament demandé en vertu d'un autre assureur ou programme quelconque (ex. : Programme gouvernemental, RAMQ, etc.). Oui Non
Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :
- a) N° de police _____ b) Nom de l'assureur _____
- c) S'il s'agit d'une personne à charge, veuillez svp indiquer le jour et le mois de naissance du titulaire de la police chez l'autre assureur [M][M][A][A][A][A]

Section C – Type de demande

- Demande initiale (complétez les sections D-F-G) Demande de changement de traitement (complétez les sections D-F-G) Demande de renouvellement d'une autorisation (complétez les sections E-F-G)

Section D – Demande initiale ou changement de traitement – Informations cliniques relatives au médicament

Important : Utiliser un formulaire différent pour chaque médicament demandé.

1. Nom du médicament visé par la demande _____
2. Posologie _____ 3. Poids _____ Taille _____
4. Forme pharmaceutique _____ 5. Teneur _____
6. Durée prévue du traitement Du [A][A][A][A][M][M][J][J] au [A][A][A][A][M][M][J][J]
7. Diagnostic et indication thérapeutique pour laquelle le médicament est demandé.

Section D – Demande initiale ou changement de traitement – Informations cliniques relatives au médicament (suite)

8. Veuillez indiquer tous les médicaments qui ont été tentés. Précisez la durée de ces traitements ainsi que la raison de leur arrêt.

	Médicament 1	Médicament 2	Médicament 3
Nom			
Posologie			
Raison	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre, Précisez _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre, Précisez _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre, Précisez _____
Durée	du A A A A M M J J au A A A A M M J J	du A A A A M M J J au A A A A M M J J	du A A A A M M J J au A A A A M M J J

9. Veuillez indiquer tout renseignement supplémentaire pertinent à l'évaluation de cette demande.

Section E – Demande de renouvellement d'une autorisation – Renseignements cliniques

1. Précisez les effets bénéfiques de ce médicament depuis le début du traitement.

Section F – Programme de soutien pour les patients (PSP)

Renouvellement chez UV Assurance

Important : À compléter s'il s'agit d'une demande initiale ou d'un changement d'assureur.

1. Veuillez indiquer si le patient est inscrit à un programme de soutien pour les patients (PSP) Oui Non

Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

a) Nom du programme (PSP) _____

b) Prénom de la personne ressource _____ Nom _____

c) Numéro d'ID du programme _____

d) Téléphone | | | | | - | | | | | e) Télécopieur | | | | | - | | | | |

Note : Veuillez noter que pour certains médicaments, l'inscription à un programme de soutien pour les patients peut être requise pour que le remboursement soit accordé.

Section G – Signature

Je certifie que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts.

X _____ | A | A | A | A | M | M | J | J |
Signature du prescripteur autorisé