

Demande pour un médicament d'exception

(Consultez la liste des médicaments couverts - page 1)

Afin que votre exception soit considérée, vous devez avoir essayé un médicament de la liste et ce médicament ne s'est pas avéré efficace ou vous avez eu une contre-indication au médicament.



De partout... jusqu'à vous

Veillez remplir ce formulaire pour demander la couverture d'un médicament qui **n'est pas automatiquement couvert** en vertu de votre régime d'assurance médicaments. **Veillez fournir tous les renseignements demandés afin de permettre une évaluation rapide de votre demande.**

Veillez ne pas utiliser ce formulaire pour un médicament qui nécessite une AUTORISATION PRÉALABLE. Veuillez vous référer à la page 1 pour la liste des médicaments. Ces médicaments sont indiqués en **italique gras**. Le formulaire d'**autorisation préalable** est disponible sur le site postescanada.ca/medicaments, ou en appelant la Great-West au 1 866 716-1313.

INFORMATION AU SUJET DU PARTICIPANT

S'il-vous-plaît indiquer votre numéro de régime :

- 51391** ou
 162954 (employés cadres et exempts qui ont pris leur retraite (à compter du 2 janvier 2011))

Numéro d'employé/retraité:

Nom:

Adresse:

INFORMATION AU SUJET DU PATIENT

Nom:

Lien de parenté:

Date de naissance :

Nom du médicament:

Aimeriez-vous que la Great-West communique avec vous par téléphone lorsque la révision de votre formulaire sera complétée? **Oui** **Non**

Si oui, veuillez inscrire le numéro de téléphone où l'on peut vous joindre ou auquel on peut laisser un message: (____) _____

À la Great-West, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de l'admissibilité à ce médicament et à l'administration du régime collectif. J'autorise la Great-West, mon médecin ou mon fournisseur de soins, TELUS Solutions en santé à échanger les renseignements nécessaires, au besoin, aux fins précitées.

Signature du patient/tuteur: _____ Date: _____

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant:

Numéro du membre:

Adresse:

Numéro de téléphone:

Numéro de télécopieur:

Information requise

Pour que le médicament soit admissible, une autre pharmacothérapie doit avoir déjà été essayée, à moins qu'il y ait contre-indication.

Quel est le problème de santé à traiter avec ce médicament?

Est-ce que ce médicament est prescrit pour traiter un problème de santé pour lequel ce médicament est approuvé par Santé Canada? **Oui** **Non**

Est-ce que le patient ou la patiente a déjà utilisé un médicament (pharmacothérapie) pour traiter ce problème de santé? **Oui** **Non**

Si oui, inscrivez le **nom spécifique** des autres médicaments (pharmacothérapies) qui ont été utilisés pour traiter ce problème de santé?

Si aucun autre médicament (pharmacothérapie) n'a été essayé, veuillez expliquer pourquoi ce médicament doit être prescrit (p. ex. contre-indication à la suite d'une réaction allergique):

Information relative au médicament demandé

Nom du médicament:

Dose prescrite:

Signature du médecin: _____ Date: _____

Une fois rempli, ce formulaire de Demande pour un médicament d'exception doit être retourné à La Great-West, à l'adresse ou au numéro de télécopieur mentionné ci-après.

Télicopiez à : La Great-West, compagnie d'assurance-vie
No de télécopieur : 1 866 239-7140
À l'attention des Services administratifs-médicaments

Postez à : La Great-West, compagnie d'assurance-vie
Services administratifs-médicaments CP 6000
Winnipeg MB R3C 0E6