

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?		☐ Oui	☐ Non
Votre demande de couverture auprès du programme provincial pour ce médicament ou fourniture a-t-elle été approuvée?		☐ Oui	☐ 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?		☐ Oui	☐ Non
Si oui, veuillez fournir votre numéro d'identification au titre du programme d'aide aux patients : _____			
SECTION 3 - AUTORISATION ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS			
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.			
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 :			
☐ Domicile	☐ Centre de santé et services sociaux	☐ Centre de soins de longue durée	☐ Clinique privée
☐ Hôpital - patient interne	☐ Hôpital - patient externe	☐ 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			
☐ Demande initiale	☐ Poursuite de traitement	☐ Modification de traitement	

SECTION 6- TRAITEMENTS ANTÉRIEURS				
Veuillez 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)
				☐ Allergie ☐ Intolérance ☐ Inefficacité ☐ Rechute ☐ Autre. Spécifiez : _____
				☐ Allergie ☐ Intolérance ☐ Inefficacité ☐ Rechute ☐ Autre. Spécifiez : _____
				☐ Allergie ☐ Intolérance ☐ Inefficacité ☐ Rechute ☐ Autre. Spécifiez : _____
				☐ Allergie ☐ Intolérance ☐ Inefficacité ☐ Rechute ☐ Autre. Spécifiez : _____

SECTION 7 - RENSEIGNEMENTS CLINIQUES SPÉCIFIQUES À CETTE DEMANDE
DIAGNOSTIC
☐ Alimentation entérale: ☐ Temporaire ☐ Permanente
☐ Comme supplément alimentaire chez une personne atteinte de fibrose kystique
☐ Comme supplément alimentaire chez un enfant souffrant de: ☐ Malnutrition – Précisez la cause: _____ ☐ Malabsorption – Précisez la cause: _____ ☐ Retard staturo-pondéral – Précisez la cause et l'importance du retard: _____
☐ Comme alimentation orale totale en raison de: ☐ Dysphagie – Précisez la cause: _____ ☐ Dysfonction oesophagienne – Précisez la cause: _____ ☐ Maldigestion – Précisez la cause: _____ ☐ Malabsorption – Précisez la cause: _____
☐ Comme alimentation orale chez le nourrisson né à terme en raison de: ☐ Allergie aux protéines intactes du lait ☐ Intolérance aux protéines intactes du lait (diarrhée persistante, troubles gastro-intestinaux graves) ☐ Allergie à des multiples protéines alimentaires
<i>Autorisé jusqu'à l'âge de 12 mois. Les résultats d'un test cutané à l'allergène ou d'une réexposition au lait doivent être fournis pour la poursuite et pour tout enfant âgé de 12 mois et plus.</i>
☐ Comme alimentation orale chez le nourrisson né à avant terme : Nombre de semaines de gestation: _____ Poids à la naissance: _____ Date prévue de l'accouchement (AAAA/MM/JJ): _____
☐ Comme alimentation orale chez l'enfant ayant une maladie génétique « Galactosémie » nécessitant une alimentation sans lactose

Évaluation diététique

Pourcentage de l'apport calorique quotidien comblé par la prise de formules nutritives: _____ %

Réintroduction des aliments ordinaires: ☐ Prévus le: (AAAA/MM/JJ) _____ ☐ Date indéterminée
☐ Impossible - Précisez: _____

Ingestion possible d'aliments semi-solides ayant la même valeur nutritive qu'un contenant de supplément nutritif:

☐ Oui

☐ Non - Indiquez les raisons qui empêchent toute ingestion d'aliments semi-solides: _____

SECTION 8 - RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRE À LA POURSUITE

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

Soumettre une demande via le **portail adhérents**
Type de frais *Médicaments à autorisation préalable*

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