

| SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                              |                                                          |                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Nom de l'adhérent :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                              | Numéro de Certificat :                                   |                                          |
| Adresse complète:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                              | Numéro de groupe:                                        |                                          |
| 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 align="center"><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 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 de traitement             | <input type="checkbox"/> 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<br>présentement ou par le passé | Teneur - concentration - force /<br>Posologie | Début<br>traitement<br>(AAAA-MM-JJ) | Date d'arrêt<br>(AAAA-MM-JJ) | Réaction du patient au traitement : exemple : aucune,<br>allergie, intolérance, inefficacité, rechute, etc..<br>(veuillez préciser)                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                       |                                               |                                     |                              | <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Inefficacité<br><input type="checkbox"/> Rechute <input type="checkbox"/> Autre. Spécifiez : _____ |
|                                                                       |                                               |                                     |                              | <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Inefficacité<br><input type="checkbox"/> Rechute <input type="checkbox"/> Autre. Spécifiez : _____ |
|                                                                       |                                               |                                     |                              | <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Inefficacité<br><input type="checkbox"/> Rechute <input type="checkbox"/> Autre. Spécifiez : _____ |
|                                                                       |                                               |                                     |                              | <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Inefficacité<br><input type="checkbox"/> Rechute <input type="checkbox"/> Autre. Spécifiez : _____ |

## SECTION 7 - RENSEIGNEMENTS CLINIQUES SPÉCIFIQUES À CETTE DEMANDE

### DIAGNOSTIC

☐ Pour le traitement de la constipation liée à une condition médicale.

Précisez la condition médicale: \_\_\_\_\_

☐ Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament Précisez le nom du médicament et la posologie.

Nom du médicament: \_\_\_\_\_ Posologie: \_\_\_\_\_

Nom du médicament: \_\_\_\_\_ Posologie: \_\_\_\_\_

Nom du médicament: \_\_\_\_\_ Posologie: \_\_\_\_\_

☐ Pour la prévention et le traitement de l'encéphalopathie hépatique.

☐ Pour le traitement de la diarrhée chronique.

☐ Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

## 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