

**SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT**

Nom de l'adhérent :		Numéro de Certificat :	
Adresse complète:			
Ville :	Province :	Code postal :	
Téléphone :		Adresse courriel :	
Nom de l'employeur/titulaire de la police :		Numéro de groupe/division :	

**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 :	

**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 ou cette fourniture.**

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 :			
<input type="checkbox"/> à domicile	<input type="checkbox"/> au CSSS	<input type="checkbox"/> en cabinet privé	<input type="checkbox"/> en CHSLD
<input type="checkbox"/> Hôpital - patient externe		<input type="checkbox"/> Hôpital - patient interne	
<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 - remplacement appareil	<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 : _____
				<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

- Constipation idiopathique chronique  
 Syndrome du côlon irritable avec constipation  
 Autre - Précisez : \_\_\_\_\_

Le patient a-t-il apporté des modifications à son alimentation ?       OUI       NON

Le patient a-t-il apporté des modifications à son style de vie?       OUI       NON

Veillez préciser les modification apportées ainsi que les résultats obtenus ou si aucune modification apportée précisez les raisons :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### SECTION 8 - RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (facultatifs)

### SECTION 9 - SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR AUTORISÉ

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

### SECTION 10 - 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		