



# DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE

## Médicaments d'exception

### INSTRUCTIONS

Veillez vous assurer que les renseignements suivants sont entièrement remplis par votre médecin. Si vous êtes admissible à un autre régime (public ou privé), veuillez demander à votre médecin de l'indiquer ci-dessous. Tous les frais liés au remplissage du formulaire sont à la charge du patient.

Renvoyez le formulaire rempli à :

Service des demandes de prestations chez RWAM Insurance Administrators Inc. Télécopieur : 1-519-669-1923 Courriel : csr-groupclaims@rwam.com

### SECTION 1 – IDENTIFICATION DU PATIENT

N° de groupe \_\_\_\_\_ N° de certificat \_\_\_\_\_ Date de naissance (aa/mm/jj) \_\_\_\_\_

Assuré \_\_\_\_\_ Patient \_\_\_\_\_

**Autorisation :** Je comprends que les renseignements que je fournis sur ce formulaire seront utilisés pour déterminer mon admissibilité aux prestations d'assurance collective demandées en vertu de la présente police ou du régime. Je certifie que les déclarations faites sur ce formulaire sont complètes et véridiques. Par la présente, j'autorise la divulgation à RWAM Insurance Administrators Inc. de tout renseignement relatif à cette demande faite par RWAM. Cette autorisation restera valide aussi longtemps que je demanderai des prestations ou des services, ou si elle est révoquée par écrit par moi-même.

Une photocopie ou une transmission par télécopie de cette autorisation est considérée comme aussi valable que l'original.

(Le patient est responsable de l'obtention de ce formulaire et des frais facturés pour le remplir.)

Date \_\_\_\_\_ Signature du patient \_\_\_\_\_ Assuré \_\_\_\_\_

### SECTION 2 - IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Spécialité \_\_\_\_\_ N° de téléphone \_\_\_\_\_

Signature du médecin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### SECTION 3 – MÉDICAMENTS D'EXCEPTION NÉCESSITANT UNE AUTORISATION PRÉALABLE

1. Nom du produit \_\_\_\_\_ Dosage \_\_\_\_\_

Dose \_\_\_\_\_ Durée du traitement \_\_\_\_\_

2. Diagnostic et stade de la maladie \_\_\_\_\_

3. Motif de la demande :  Contre-indication  Échec thérapeutique  Effet indésirable  Autre

Veillez fournir une explication pour développer les articles cochés. Vous pouvez utiliser le verso de ce formulaire si vous avez besoin d'espace supplémentaire. Joignez toute pièce justificative.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Le cas échéant, veuillez indiquer le lieu d'administration du médicament :

À domicile/auto-administré  Hôpital  Clinique hospitalière  Cabinet médical  Établissement de soins de longue durée  Clinique privée

Nom de la clinique privée \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

5. S'il y a lieu, veuillez fournir des renseignements sur les autres couvertures (provinciales ou privées) en ce qui concerne ce patient et ses médicaments.

Souscrit à d'autres couvertures :  Oui  Non

Si « Oui » :  Approuvée  Refusée

Type de couverture \_\_\_\_\_

### RWAM INSURANCE ADMINISTRATORS INC.

49 Industrial Dr., Elmira, ON N3B 3B1 Tel. 519-669-1632, 1-877-888-RWAM (7926) Fax 519-669-1923 www.rwam.com