

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'EXCEPTION

### POUR LA COUVERTURE DE FRAIS D'EXÉCUTION D'ORDONNANCE SUPPLÉMENTAIRES LIÉS À L'EMBALLAGE FACILITANT L'OBSERVANCE ET À LA LIMITE DU NOMBRE D'EXÉCUTION D'ORDONNANCES POUR LES MÉDICAMENTS D'ENTRETIEN

#### SECTION 1 : DÉCLARATION DU MEMBRE DU RÉGIME

<b>NOM DU MEMBRE DU RÉGIME :</b>	<b>N° D'IDENTIFICATION DU MEMBRE DU RÉGIME :</b>
----------------------------------	--

J'ai demandé que mes médicaments d'entretien habituels me soient fournis dans :

- Un ou des flacons, qui doivent être distribués tous les \_\_\_\_\_ jours.
- Un emballage facilitant l'observance, qui doit être distribué tous les \_\_\_\_\_ jours. Je sais que l'emballage facilitant l'observance n'est pas à l'épreuve des enfants.

Mon pharmacien m'a expliqué que l'emballage facilitant l'observance et/ou la distribution de mes médicaments d'entretien à une fréquence de plus de trois mois entraîneront un coût supplémentaire pour mon promoteur de régime (p. ex., mon employeur). Des frais d'exécution d'ordonnance seront facturés chaque fois que mes médicaments ou l'emballage facilitant l'observance sont préparés. Je comprends aussi que les frais d'exécution d'ordonnance supplémentaires peuvent me faire atteindre ou dépasser l'un des maximums applicables au régime de garanties.

#### SIGNATURE DU MEMBRE DU RÉGIME :

#### SECTION 2 : DÉCLARATION DU PHARMACIEN

Selon mon jugement professionnel, le membre du régime susmentionné devrait recevoir ses médicaments

- à intervalle de \_\_\_\_\_ jours (demande d'exemption de limite du nombre d'exécutions d'ordonnances pour les médicaments d'entretien), ou
- dans un emballage facilitant l'observance de \_\_\_\_\_ jours (demande d'exemption des exigences liées à l'emballage facilitant l'observance)

et devrait recevoir un remboursement des frais d'exécution d'ordonnance applicables pour la ou les raisons suivantes :

- Médicaments multiples pour des maladies chroniques qui ne sont pas sur la liste des médicaments d'entretien établie par Assurance Green Shield Canada, et/ou
- Déficience physique et/ou cognitive, et/ou
- Nombreux problèmes de santé qui contribuent à une mauvaise observance

*Note : Dans le cas d'un membre du régime résidant dans un établissement pour personnes en perte d'autonomie, utiliser le code d'intervention « MY = Soins de longue durée Rx divisée pour observance ».*

*Veillez indiquer ci-dessous les renseignements qui confirment le besoin clinique ci-dessus pour distribuer le médicament à une fréquence de plus de trois mois ou dans un emballage facilitant l'observance, le cas échéant :*

---



---



---

<b>DATE :</b>	<b>SIGNATURE DU PHARMACIEN :</b>
<b>N° DE FOURNISSEUR :</b>	<b>N° DE TÉLÉPHONE DU PHARMACIEN :</b>
<b>NOM DE LA PHARMACIE :</b>	<b>N° DE TÉLÉC. DE LA PHARMACIE :</b>

#### SECTION 3 : DIRECTIVES D'ENVOI DU FORMULAIRE

1. Veuillez remplir toutes les sections du formulaire au complet.
2. Envoyez par télécopieur le formulaire rempli au Service des autorisations spéciales pour médicaments de Assurance Green Shield Canada au 519.739.6483 ou sans frais au 1.866.797.6483.
3. Vous recevrez un avis d'approbation ou de refus par télécopieur.
4. Une copie de ce formulaire devrait être conservée à la pharmacie. En cas de différence entre votre demande de règlement soumise et les renseignements ci-dessus, votre compte sera rajusté en conséquence.