Financière Sun Life | YOUFLEX | MHCSI The Pharmacy Benefits Specialists

Strictement confidentiel

MANAGED HEALTH CARE SERVICES INCORPORATED

Formulaire d'Autorisation Préalable

Veuillez envoyer le formulaire par télécopieur au 1-902-481-7114

ou par la poste à l'adresse suivante: MHCSI, 201 Avenue Brownlow, Unité 20, Dartmouth (Nouvelle-Écosse) B3B 1W2

À FAIRE REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom	Prénom et initiale	Nom de l'employé (si différent du patient)
Numéro de groupe	# ID	Coordination des prestations ☐ NON ☐ OUI Si oui, nom du régime principal : _____ S'il s'agit de MHCSI Numéro de groupe : # ID :
Lien de parenté ☐ EMPLOYÉ ☐ CONJOINT ☐ PERS. À CHARGE	Date de naissance du patient	
Adresse	Ville	
Province	Code postal	Téléphone ( )

À FAIRE REMPLIR PAR UN MÉDECIN, UN INFIRMIER PRATICIEN OU UN PHARMACIEN

RENSEIGNEMENTS SUR LES MÉDICAMENTS ET LE DIAGNOSTIC

Médicament demandé	Dose/ fréquence	DIN	Quantité demandée
Diagnostic/ indication			Durée prévue du traitement
Objectifs thérapeutiques			

RENSEIGNEMENTS À L'APPUI DE LA DEMANDE DU MÉDICAMENT

Réponse au traitement précédent – médicaments essayés/résultats :

☐ CONTRE-INDICATION ☐ EFFET INDÉSIRABLE ☐ ÉCHEC DU TRAITEMENT ☐ AUTRE
Précisez :

Résultats des analyses à l'appui/d'autres analyses (le cas échéant)

Raisons pour lesquelles d'autres traitements de base sont impossibles : ☐CONTRE-INDICATION ☐ALLERGIE ☐SANS OBJET ☐AUTRE
Veuillez préciser :

MÉDECIN / INFIRMIER PRATICIEN		PHARMACIEN	
Nom (en majuscules)		Nom (en majuscules)	
Signature (s'il y a lieu)	Date	Signature (s'il y a lieu)	Date
Spécialité		Code de pharmacie et emplacement	
Téléphone	Télécopieur	Téléphone	

À USAGE INTERNE SEULEMENT

Décision ☐ Accepté ☐ Refusé	Date	Quantité
	Approuvé par	ou date de fin
Prolongation possible ☐ Non ☐ Oui		

Le présent formulaire doit être rempli au complet et présenté à MHCSI avant que les médicaments non inscrits puissent être couverts. La soumission d'un formulaire incomplet entraînera des retards dans le traitement de la demande.