

**TRANSFERT DE LA PREUVE DE COUVERTURE
PROGRAMME D'ACCÈS EXCEPTIONNEL DE L'ASSURANCE SANTÉ PLUS**



EXPRESS SCRIPTS®

Express Scripts Canada^{MD}
5770, rue Hurontario, 10^e étage
Mississauga, ON L5R 3G5

Lorsque le Programme d'accès exceptionnel (PAE) de l'Assurance-santé Plus a déjà remboursé le médicament du patient, vous pouvez effectuer ce qui suit :

1. Soumettre la demande de règlement électroniquement à l'assureur le 1^{er} avril 2019 ou après cette date afin de déterminer si une autorisation préalable est requise pour ce médicament.
2. Si le message de l'APhC - **LH - Autorisation préalable requise** est affiché, veuillez remplir les sections ci-dessous, **imprimer le document et y joindre la lettre d'approbation du médicament par le PAE, le cas échéant, ou le reçu du patient** pour le médicament remboursé par l'Assurance-santé Plus (la date du reçu doit être antérieure au 1^{er} avril 2019). Télécopier le tout au 905 712-6329.
3. Prendre en compte le temps de traitement. Le fait de remplir et de soumettre le présent formulaire ne garantit en rien la couverture du médicament.

Date : _____

Section 1 : À remplir par le pharmacien

Nom du médicament et DIN :	Concentration et posologie :
Date d'expiration au PAE (si vous la connaissez) :	Signature du pharmacien :
Numéro de téléphone de la pharmacie :	Numéro de l'assureur :
Numéro de groupe ou de police :	Numéro de certificat :

Section 2 : À remplir par l'assuré ou le pharmacien

Nom du patient (prénom, nom)	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)
Nom de l'assuré (prénom, nom)	Signature du patient/tuteur :
Signature de l'assuré :	Lien avec le patient : (assuré/conjoint/personne à charge)
Le patient participe-t-il à un Programme de soutien aux patients? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non *Si oui, veuillez indiquer le nom du programme.	

Joindre le reçu du patient.



EXPRESS SCRIPTS CANADA
CONFIDENTIAL
CONFIDENTIEL

Téléphone : 905 712-8615

@ExpressRxCanada
 Express Scripts Canada

[Express Scripts Canada](#)