

Une décision de ne pas approuver le médicament spécialisé initialement demandé peut faire l'objet d'un appel en utilisant ce formulaire. Ce formulaire doit être rempli par un médecin et doit inclure toutes les informations pertinentes à l'appui de l'appel du patient. Remplir ce formulaire ne garantit pas une approbation. Une décision initiale peut faire l'objet d'un appel jusqu'à un (1) an après qu'elle a été rendue. Les demandes d'appel reçues au-delà de cette période seront considérées comme de nouvelles demandes de révision. Tous les frais encourus pour remplir de ce formulaire sont à la charge du patient.

Les raisons citées dans la décision initiale de ne pas approuver le médicament demandé doivent être abordées dans cet appel.

RENSEIGNEMENTS DU PATIENT

Nom du patient:	Date de naissance du patient (AAAA/MM/JJ):
Numéro de groupe/police:	Numéro d'identification RAEQ:

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (à remplir par le médecin)

Raison pour l'appel (veuillez sélectionner tous ceux qui s'appliquent):

☐ Allergie confirmée / Contre-indication

*Veuillez décrire la nature de l'intolérance ou de la contre-indication aux alternatives thérapeutiques pour le médicament initialement demandé.

☐ La condition médicale sous-jacente a changé

*Le cas échéant, veuillez joindre les résultats de laboratoire et les notes cliniques pertinents à l'appui de l'appel.

☐ Données d'essais contrôlés randomisés (ECR)

* Si l'appel est basé sur des données d'ECR, veuillez indiquer la justification ici et joindre une copie de l'article de journal.

☐ Autre (veuillez préciser): _____

Veuillez joindre des pages supplémentaires au besoin

Signature du médecin

Date signée (AAAA/MM/JJ)

SVP soumettre le formulaire rempli par:

Fax: 1-844-446-1575

Courriel: appeals@facetprogram.ca