



1. Personne assurée

Nom du participant de régime	Nom du patient	
Nom du régime	Numéro de régime	Numéro d'identification du participant
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Numéro de téléphone à domicile	Numéro de téléphone au travail
Adresse (Numéro, rue, ville, province, code postal)		

2. Prescripteur

Nom du médecin prescripteur	Spécialité	
Adresse (Numéro, rue, ville, province, code postal)		
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur	
Médicament d'origine demandé	DIN	Posologie/fréquence
Médicament générique prescrit	DIN	Posologie/fréquence

3. Indication thérapeutique et objectif de traitement

Diagnostic et indication thérapeutique :

Objectif thérapeutique visé :

4. Renseignements sur la chronicité de la condition à traiter, au sens du règlement*

Date du début des symptômes, des complications ou des manifestations de la maladie :

Si la condition à traiter est épisodique, précisez la fréquence et la durée des épisodes :

5. Renseignements sur la gravité de la condition à traiter, au sens du règlement*

Si le traitement avec le médicament faisant l'objet de cette demande est déjà commencé, répondez en tenant compte de l'état de la personne avant le début de ce traitement.

A. Veuillez préciser le degré de limitation fonctionnelle physique en lien avec le diagnostic visé :

Types d'activités	Degré de limitation*	*Légende :
Activités physiques (marche, montée des escaliers, soulèvement d'un objet ou autre)		0 = aucune limitation 1 = limitation légère 2 = limitation modérée 3 = limitation grave 4 = limitation extrême
Activités quotidiennes à la maison (hygiène personnelle, préparation des repas, ménage ou autre)		
Activités quotidiennes en dehors de la maison (emploi, loisirs, pratique d'un sport ou autre)		
Activités sociales (repas au restaurant, cinéma, visites familiales, bénévolat ou autre)		

B. En l'absence d'atteintes fonctionnelles physiques, y a-t-il pour cette personne un risque que l'évolution de sa condition ou ses complications entraînent des répercussions sur son état en terme de morbidité ou de mortalité ?

Non Oui Si oui, précisez :



Nom de l'assurée	Numéro de régime	Numéro d'identification du participant
------------------	------------------	--

5. Renseignements sur la gravité de la condition à traiter, au sens du règlement* (suite)

C. Si cette personne présente des atteintes fonctionnelles psychologiques découlant de la condition à traiter, veuillez les décrire et en préciser la gravité :

D. Si une échelle d'évaluation de la gravité de la condition à traiter existe ou des résultats d'examen sont disponibles, veuillez les fournir (par exemple, échelle visuelle analogue). S'il s'agit d'un symptôme, décrivez-en l'intensité, la fréquence et la durée :

E. Une investigation en spécialité a-t-elle été effectuée ? Précisez :

Joignez les résultats d'examens cliniques pertinents à cette demande, incluant un rapport d'investigation en spécialité, s'il y a lieu (par exemple imagerie, score T, valeurs de laboratoire).

6. Renseignements servant à déterminer si le médicament faisant l'objet de cette demande constitue un dernier recours, au sens du règlement*

A. Préciser les traitements médicaux et les médicaments reçus pour traiter cette condition, la posologie de ces médicaments, la durée de ces traitements et la raison de leur arrêt :

B. Quels autres médicaments et traitements médicaux reconnus efficaces pour le traitement de cette condition ne peuvent être prescrits à cause des conditions particulières au présent cas ? Dites pourquoi ?

C. Si le traitement avec le médicament faisant l'objet de cette demande a débuté, précisez la date de début et les effets bénéfiques observés :

7. Autres renseignements en lien avec la situation particulière de cette personne

8. Signature du prescripteur

Date : jj/mm/aaaa

Retournez le présent formulaire :

Par télécopieur : 1-877-820-7302
Conservez l'original

Par courrier : Mutuelle Strategys
Services des réclamations
48, boul Taschereau local 100
La Prairie (QC) J5R 6C1