

Formulaire à remplir pour demander une autorisation spéciale de couverture pour un médicament, une fourniture médicale ou un équipement auprès des Services de santé assurés. Les demandes d'exception sont étudiées au cas par cas.

Programmes des Services de santé assurés

Sélectionnez le programme visé par votre demande :

- ☐ Programme d'aide pour les personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'une incapacité
- ☐ Régime d'assurance-santé complémentaire (fournitures médicales et équipement pour les personnes âgées)
- ☐ Régime d'assurance-médicaments (médicaments sur ordonnance pour personnes âgées)
- ☐ Régime d'assurance-médicaments national au Yukon

Renseignements sur le médecin

Prénom	Nom de famille
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur

Renseignements sur la patiente ou le patient

Prénom	Nom de famille
Numéro du Régime d'assurance-santé du Yukon	Diagnostic justifiant la demande d'exception
La personne est-elle couverte par un assureur indépendant? ☐ Oui ☐ Non	
Si oui, la demande a-t-elle été rejetée par l'assureur indépendant? ☐ Oui ☐ Non	

Sélectionnez l'objet du réexamen demandé

- ☐ Admissibilité au programme
- ☐ Remboursement d'un produit acheté à l'extérieur du Yukon
- ☐ Autorisation spéciale de couverture (la demande doit être déposée par le ou la médecin de la personne)

Type de demande

Renseignements sur la fourniture médicale ou l'équipement

☐ Changement de fabricant ☐ Médicament biologique ☐ Médicament d'exception ☐ Fourniture médicale ou équipement	Description de la fourniture médicale ou de l'équipement, s'il y a lieu :
---	---

Renseignements sur le médicament

Pour connaître les indications reconnues pour les médicaments d'exception, consultez la liste des médicaments admissibles accessible à partir du yukon.ca/fr/medicaments-admissibles. Cliquez sur le médicament pour afficher le tableau des exceptions.

Nom du médicament dans la liste		Numéro d'identification (DIN)	
Forme pharmaceutique	Dosage	Début du traitement prévu AAAA-MM-JJ	Fin du traitement prévu AAAA-MM-JJ

Motif de la demande de réexamen

Joignez les résultats d'examen, les antécédents de prise de médicaments ou les recommandations de spécialistes en lien avec cette demande.

Signature du médecin

AAAA-MM-JJ

Date

Envoyez le formulaire dûment rempli aux Services de santé assurés :

Par télécopieur : 867-393-6486

Par transfert sécurisé de fichiers : Demandez un lien de transfert sécurisé de fichiers à yukon.healthcare@yukon.ca.

Note : N'envoyez pas le formulaire par courriel non sécurisé.

Avez-vous des questions?

Contactez-nous par l'une des méthodes ci-dessus ou composez le 867-393-5209 ou le 1-800-661-0408 (sans frais), poste 5209.