

# COMITÉ DE COORDINATION DES ENTENTES INTERPROVINCIALES EN ASSURANCE-SANTÉ (CCEIAS)

Demande d'approbation préalable : Traitement de chimiothérapie hors province

## Approbation du Ministère – À l'usage du Ministère seulement

Approuvée :  Refusée :

Nom officiel du Ministère :

Signature :

Date *jj-mm-aaaa* :

**Directives** : Le présent formulaire doit être utilisé pour une demande d'approbation préalable de la province ou territoire (PT) d'origine pour des traitements de chimiothérapie donnés à des résidents de l'extérieur de la province, dans des hôpitaux financés par l'État. Toutes les demandes de remboursement dont les coûts de traitements de chimiothérapie s'élèvent à plus de 5 000 \$ par visite en consultation externe doivent faire l'objet d'une autorisation préalable.

### PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Nom de famille du demandeur  Prénom du demandeur  Titre/poste du demandeur

Numéro de téléphone  Poste  Télécopieur  Adresse courriel

### PARTIE 2 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom de famille  Prénom  Autre(s) prénom(s)

Date de naissance (jj-mm-aaaa)  Sexe  Numéro d'assurance-maladie  Téléphone

Indiquer l'adresse de résidence du patient dans les champs ci-dessous

Unité  Numéro  Rue  Ville  Province  Code postal

### PARTIE 3 : PLAN DE TRAITEMENT

Indiquer le diagnostic clinique du patient (raison pour laquelle le traitement est demandé) dans l'espace ci-dessous.

Nombre estimé de visites de chimiothérapie en clinique externe  Approbation demandée pour toutes les visites  Oui  Non  Date de début du traitement anticipée

Nom de l'hôpital  Numéro de l'hôpital

Dans le tableau ci-dessous, entrer le nom et le coût de chaque médicament utilisé dans un traitement de chimiothérapie. Pour de l'information au sujet des médicaments couverts par la province d'origine, se référer au site Web de la province d'origine.

Nom du médicament	Coût du médicament par administration
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### PARTIE 4 : AUTORISATION

J'atteste que le plan de traitement décrit à la partie 3 du présent formulaire répond aux critères établis par le programme de financement des médicaments de la province d'origine. J'atteste que les renseignements compris dans ce formulaire sont, à ma connaissance, justes.

Nom du demandeur  Date (jj-mm-aaaa)  Signature du demandeur