

EXTENDED HEALTH BENEFITS
REQUEST FOR EXCEPTION DRUG COVERAGE
PRESTATION D'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE
DEMANDE D'EXCEPTION POUR MÉDICAMENTS PAYÉS

CONFIDENTIAL PATIENT DATA
DONNÉES CONFIDENTIELLES SUR LE PATIENT

PRESCRIBER (PHYSICIAN OR DENTIST) - PRESCRIPTEUR (MÉDECIN OU DENTISTE)

Surname - Nom	Given Name(s) - Prénom(s)	Init.	Doctor's Billing No. - Numéro de facturation du médecin	Phone No. - N° de tél ()
Mailing Address - Adresse postale		City/Community - Ville ou communauté		Postal Code postal
			Fax No. - N° de télécopieur ()	

IDENTIFICATION OF RECIPIENT - NOM DU BÉNÉFICIAIRE

Surname - Nom	Given Name(s) - Prénom(s)	Init.	H.C.P. No. - N° de R.A.M.
Mailing Address - Adresse postale		City/Community - Ville ou communauté	
			Postal Code postal

IDENTIFICATION OF DRUG COVERAGE REQUESTED - MÉDICAMENT DEMANDÉ

Trade Name - Marque de commerce				DIN - Code DIN					
DOSAGE FORME POSOLOGIQUE	STRENGTH FORCE DU MÉDICAMENT	DOSAGE SCHEDULE POSOLOGIE	ANTICIPATED DURATION OF DRUG COVERAGE REQUIRED DURÉE ANTICIPÉE DU TRAITEMENT	FROM - DE		DATE TO - À			
				Y-A	M-M	D-J	Y-A	M-M	D-J

REASON FOR REQUEST - RAISON DE LA DEMANDE

Diagnostic Code (If Available) - Code de diagnostic (si disponible)	Diagnosis - Diagnostic
EBH Program No. - Programme PAMC N°	Indigent Health Benefit Program - Régime d'assurance-maladie pour les indigents (RAMI)
REASON WHY REQUESTED DRUG IS PREFERRED OVER FORMULARY DRUGS RAISON POUR LAQUELLE LE MÉDICAMENT DEMANDÉ EST CHOISI PLUTÔT QU'UN DES PRODUITS INSCRITS SUR LE RECUEIL DES MÉDICAMENTS	
Requesting Prescriber's Signature - Signature du prescripteur : _____ Date : _____	

OFFICE USE ONLY / À USAGE INTERNE SEULEMENT - CLAIM NO / N° DE RÉCLAMATION _____

PHARMACARE EXCEPTION DRUGS/EXCEPTION DE MÉDICAMENTS DE L'ASSURANCE-MÉDICAMENTS			
Pharmacare Ref./Réf. d'assurance-médicaments <input type="checkbox"/> Accepted / <input type="checkbox"/> Declined / <input type="checkbox"/> FAC Accepté / Refusé / FAC	Dept. of Health/Min. de la Santé <input type="checkbox"/> Accepted / <input type="checkbox"/> Declined / <input type="checkbox"/> FAC Accepté / Refusé / FAC		
Signature : _____ Date : _____	Signature : _____ Date : _____		

RETURN COMPLETED FORM TO / RENVOYER À :

Department of Health and Social Services
Health Benefit Programs
Bag #9 Inuvik, NT X0E 0T0
Phone: (867) 777-7404/7405/7406 Toll-free: 1-800-661-0830
Tél. : (867) 777-7404/7405/7406 Sans frais : 1-800-661-0830

This personal information is being collected under the authority of the Government of the Northwest Territories Extended Health Benefits Policy and Directive and will be used to determine program benefit entitlement. This information is protected by the privacy provisions of the *Access to Information and Protection of Privacy Act*. If you have any questions about the collection of this information, contact the Department of Health and Social Services (see contact information provided on this form).

La présente information personnelle est recueillie en vertu du pouvoir conféré par la politique et la directive sur l'assurance-maladie complémentaire du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest et sera utilisée pour déterminer l'admissibilité au programme. L'information est protégée par les dispositions de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Si vous avez des questions à cet effet, communiquez avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (voir l'information sur le présent formulaire).