

Special Authorization (Allergen)
Autorisation spéciale (allergène)
SAA-

Prescriber name and address/Nom et adresse du médecin

Section A – to be completed by Prescriber / Partie A – à remplir par le médecin

Dear Doctor:

Authorization of allergen extract / epinephrine products as a benefit for the patient named is granted on behalf of the Minister of Health and Long-Term Care, provided that your patient has a Health Card or a Drug Benefit Eligibility Card valid for the month in which service is rendered. *This Special Authorization (Allergen) is valid for use once only for allergen extract products.*

Please ensure that section **A** is completed before forwarding this authorization form to the allergen extract supplier or pharmacy (if applicable).

Docteur,

L'autorisation de prescrire l'extrait allergénique / produit d'épinéphrine dans le cadre des prestations du Programme de médicaments de l'Ontario vous est accordée au nom du ministre de la Santé et des Soins de longue durée, à condition, toutefois, que la patiente ou le patient nommé soit titulaire d'une carte Santé ou d'une carte d'admissibilité au Programme de médicaments de l'Ontario valide pour le mois au cours duquel ce service est fourni. *Cette autorisation spéciale (allergène) ne peut servir qu'une seule fois pour extrait allergéniques.*

Veillez vérifier que la partie **A** est dûment remplie avant d'envoyer cette formule d'autorisation au fournisseur / à la fournisseuse de l'extrait allergénique ou à la pharmacie (si applicable).

CPSO/Prescriber number N° d'inscription à l'OMCO ou n° du médecin	Specialty code Code de spécialité	Patient date of birth Date de naissance du patient/de la patiente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Patient surname/Nom de famille du patient/de la patiente	Init.
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Patient address/Adresse du patient/de la patiente

Contents and concentration of allergen extract / Ingrédients et concentration de l'extrait allergénique	
<input type="text"/>	

Prescriber signature/Signature du médecin	Date
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Health/Eligibility number (include any plan code prefix) N° de carte Santé/d'admissibilité au PMO (spécifiez le code de régime qui précède le numéro, le cas échéant)	Version
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Note: / Nota :
After section **A** is completed send this form to Allergen Extract Supplier or pharmacy (if applicable).
Une fois la partie A remplie, veuillez envoyer la formule au fournisseur/à la fournisseuse de l'extrait allergénique ou à la pharmacie (si applicable).

Section B – to be completed by Supplier / Partie B – à remplir par le fournisseur/la fournisseuse

Please ensure that the form contains all required information and signatures. Valid for one supply only for allergen extracts. Veuillez vous assurer que la formule porte tous les renseignements et signature nécessaires. Valide seulement pour un approvisionnement pour les extraits allergéniques.

ODP Supplier number / N° du (de la) fournisseur(se) du PMO	Date of service Date de prestation du service	DIN/PIN	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Long Term Care Facility (if applicable) Établissement de soins de longue durée (le cas échéant)	Quantity / Quantité	Days supply Approvisionnement (en jours)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Drug/Extract cost / Coût du médicament / de l'extrait	Mark up / Majoration	Fee / Honoraires	Total claimed / Total demandé
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Supplier name and address/Nom et adresse du fournisseur/de la fournisseuse
<input type="text"/>

Contents and concentration of allergen extract (Note: If allergen is a manufacturer's product, list the Drug Identification Number) Ingrédients et concentration de l'extrait allergénique. (Nota : S'il s'agit d'un produit portant le nom du fabricant, veuillez indiquer le numéro d'identification du médicament (DIN) correspondant à ce produit.)
<input type="text"/>

I hereby certify that the Allergen Extract / epinephrine injectable product charged for herein has been provided on the date indicated in Section B to the person identified above and that the transportation and handling charges are not included. J'atteste que l'extrait allergénique / produit d'épinéphrine injectable facturé ci-dessus a été fourni à la date indiquée à la partie B à la personne identifiée ci-dessus et que le montant indiqué ne comprend pas les frais de transport et de manutention.

Authorized signature/Signature de la personne autorisée	Date
<input type="text"/>	<input type="text"/>

The information collected on this form, including those on paper and electronic media, is collected under the authority of S.13 of the Ontario Drug Benefit Act for the purpose of claims payment and drug utilization review. For information contact: Director, Drug Programs Policy and Strategy Branch, 3rd Floor, 5700 Yonge Street, Toronto ON M2M 4K5 or call 416 327-8109. Les renseignements demandés dans les demandes de règlement du Programme de médicaments de l'Ontario, notamment celles présentées sur papier et sur supports électroniques, sont réunis aux fins de paiement et d'étude de la consommation de médicaments en vertu de l'article 13 de la Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez vous adresser au directeur ou à la directrice des Direction des politiques et des stratégies relatives aux programmes de médicaments, 5700, rue Yonge, 3^e étage, Toronto ON M2M 4K5, ou composer le 416 327-8109.