

LE PRÉSENT DOCUMENT CONSTITUE : Une demande de règlement Un plan de traitement/une estimation

PARTIE 1 – Directives

Veillez utiliser ce formulaire pour présenter à la Canada Vie une demande pour appareils durables. Le présent formulaire doit seulement être utilisé pour les appareils durables suivants : lève-personnes, fauteuils roulants, lits d'hôpital et matelas thérapeutiques.

1. Remplissez les parties 2 à 6 au complet, puis demandez à votre médecin traitant ou à votre infirmier praticien spécialisé de remplir les parties 7 à 12.
2. Joignez les reçus et estimations pour tous les services indiqués dans la présente demande et conservez des copies pour vos dossiers, car les originaux ne vous seront pas retournés.
3. Envoyez le tout à la Canada Vie. (Voir la partie 13).
4. Veillez présenter une demande au programme de soins de santé approprié de votre province ou territoire avant de présenter une demande à la Canada Vie (le cas échéant).

Veillez noter que le Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) ne rembourse pas les frais que votre médecin pourrait exiger pour fournir des renseignements médicaux.

Tous les formulaires relatifs au Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) doivent être soumis par le participant du régime. Au besoin, il se peut que nous divulguions des renseignements personnels au sujet des demandes de règlement à votre employeur, à votre fournisseur de services ou à une personne agissant en votre nom pour confirmer l'admissibilité et gérer mutuellement l'évaluation.

PARTIE 2 – Renseignements sur le participant du régime - Vous devez remplir cette section au complet. Si vous n'êtes pas certain de votre numéro de régime ou de certificat, veuillez consulter votre carte de prestations du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP), le site web des Services aux participants du RSSFP de la Canada Vie ou encore la partie 13 pour obtenir nos coordonnées.

| | | |
|--|------------------|---|
| Nom du régime Régime de soins de santé de la fonction publique | Numéro de régime | Numéro de certificat du participant du régime |
|--|------------------|---|

Nom du participant du régime

| | |
|--------|----------------|
| Prénom | Nom de famille |
|--------|----------------|

Adresse du participant du régime

| | | | |
|---------------|-------------------|--------------------------|-----------------|
| Numéro et rue | Ville ou village | Province/Territoire/État | Code postal/Zip |
| Pays | Date de naissance | Jour | Mois |
| | | Année | |

PARTIE 3 – Renseignements sur le patient

| Nom du patient | | Lien entre le patient et le participant du régime | | | Date de naissance du patient | | | Si l'enfant à charge est âgé de 21 à 25 ans, étudie-t-il à temps plein ? | |
|----------------|----------------|---|------------------------------|--------------------------|------------------------------|------|-------|--|--------------------------|
| Prénom | Nom de famille | Moi-même | Conjoint ou conjoint de fait | Enfant à charge | Jour | Mois | Année | Oui | Non |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PARTIE 4 – Coordination des prestations - Remplissez cette section pour indiquer si vous ou un membre de votre famille bénéficie d'une protection au titre d'un autre régime.

1. Le patient a-t-il droit à des prestations au titre d'un autre régime d'assurance maladie ? Oui Non
Si oui, veuillez répondre aux questions ci-dessous.
2. À qui appartient l'autre assurance ? Moi-même Conjoint ou conjoint de fait Enfant à charge
Prénom _____ Nom de famille _____
3. Si l'autre régime d'assurance appartient à votre conjoint ou conjoint de fait et que le demandeur est un enfant à charge, veuillez fournir la date de naissance de votre conjoint ou conjoint de fait (Jour _____ Mois _____)
4. Est-ce que l'autre assurance est également offerte par la Canada Vie ? Oui Non
Si oui, veuillez fournir : Numéro de régime de la Canada Vie _____ Numéro de certificat _____
Signature d'autorisation du participant du régime de l'autre assurance : X _____

* Si l'autre assurance n'est pas offerte par la Canada Vie et que vous avez soumis les frais à votre autre assureur, veuillez joindre à la présente demande de règlement le Détail du règlement (DDR) fourni par l'autre assureur. Un DDR est requis même si l'autre assureur n'a pas versé de prestations.

** Nous évaluons les demandes de règlement en utilisant les renseignements que vous avez fournis pendant le processus d'adhésion préalable ; toute divergence pourrait retarder notre évaluation de votre demande de règlement.

PARTIE 5 – Protection des renseignements personnels

À la Canada Vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif. Veuillez consulter l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels du RSSFP (canada.ca/fr/secretariat-conseil-tresor/services/regimes-assurance/regime-soins-sante/enonce-protection-renseignements-personnels-regime-soins-sante-fonction-publique-septembre-2009.html) pour en savoir plus sur le sujet.

En cas de divergence entre la Loi sur la protection des renseignements personnels ([//laws-lois.justice.gc.ca/fr/lois/p-21/](http://laws-lois.justice.gc.ca/fr/lois/p-21/)), l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels du RSSFP et les Normes en matière de protection des renseignements personnels de la Canada Vie, la Canada Vie appliquera les exigences les plus strictes. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de services), écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie ou consultez le site canadavie.com.

PARTIE 6 – Confirmation, autorisation et signature

J'autorise la Canada Vie, tout fournisseur de soins de santé ou de soins dentaires, mon promoteur du régime, l'Administration du Régime de soins de santé de la fonction publique fédérale, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de services travaillant avec la Canada Vie, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger les renseignements personnels nécessaires aux fins précitées. Je comprends que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

Je consens également à ce que la Canada Vie et ses sociétés affiliées utilisent mes renseignements personnels à des fins de gestion et d'analyse des données internes.

Conformément aux énoncés de la page **Autorisation et déclaration** (bienvenue.canadavie.com/rssfp/passez-en-revue-les-autorisations-et-les-declarations.html) acceptés lors de l'adhésion préalable (si vous avez effectué l'adhésion préalable par formulaire papier, reportez-vous à votre dossier d'adhésion préalable), je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels comme il est indiqué à la section Protection des renseignements personnels, dans les Normes en matière de protection des renseignements personnels de la Canada Vie et dans l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels du RSSFP.

J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire de demande sont, à ma connaissance, vrais, corrects et complets.

| | | | | |
|--|------|------|------|-------|
| Signature du participant du régime X _____ | Date | Jour | Mois | Année |
|--|------|------|------|-------|

PARTIE 7 – Type d'appareil durable prescrit

1. Veuillez indiquer le type d'appareil durable qui a été prescrit à votre patient.
 Lève-personne Fauteuil roulant Lit d'hôpital Matelas thérapeutique
2. Veuillez préciser le diagnostic médical du patient et les raisons pour lesquelles le ou les appareils durables sont médicalement nécessaires.

3. Veuillez remplir la ou les sections pertinentes plus bas, en fonction du type d'appareil prescrit.

PARTIE 8 – Demande pour un lève-personne

1. Veuillez décrire le type de lève-personne requis et son usage prévu.

2. Veuillez indiquer où l'appareil sera utilisé (p. ex. dans la maison du patient, pour accéder à un véhicule ou dans une autre résidence).

PARTIE 9 – Demande pour un fauteuil roulant

1. Veuillez décrire le type de fauteuil roulant requis (p. ex. fauteuil manuel ou électrique, quadriporteur, fauteuil gériatrique) et son usage prévu.

2. Veuillez donner des précisions sur les limitations spécifiquement liées à l'état de santé du patient (p. ex. force du haut du bras, amplitude de mouvement) ainsi que d'autres détails clinique qui peuvent justifier la nécessité de l'appareil prescrit.

3. Si l'appareil prescrit remplace un fauteuil roulant précédent, veuillez préciser la date d'achat de ce fauteuil précédent, le type de fauteuil dont il s'agissait et les raisons pour lesquelles un nouveau fauteuil roulant est maintenant requis.

PARTIE 10 – Demande pour un lit d'hôpital

1. Veuillez décrire le type de lit d'hôpital requis (manuel ou électrique) et son usage prévu. Veuillez noter qu'un lit réglable en vente sur le marché n'est pas considéré comme un lit d'hôpital.

2. Veuillez indiquer où l'appareil sera utilisé (p. ex. dans la maison du patient ou dans une autre résidence).

3. Le patient est-il principalement immobilisé ? _____
4. Le lit d'hôpital est-il requis pour une courte ou une longue période ? _____
5. Si un lit d'hôpital électrique est prescrit, veuillez préciser pourquoi l'état de santé du patient empêche le recours à un lit d'hôpital manuel (à manivelle).

PARTIE 11 – Demande pour un matelas thérapeutique

1. Veuillez décrire le type de matelas thérapeutique requis et son usage prévu.

2. Veuillez indiquer où le matelas thérapeutique sera utilisé (p. ex. dans la maison du patient ou dans une autre résidence).

PARTIE 12 – Confirmation et signature du médecin traitant ou de l’infirmier praticien spécialisé

J’atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire de demande sont, à ma connaissance, vrais, corrects et complets.

Nom du médecin traitant ou de l’infirmier praticien spécialisé

| | |
|-----|---------------------|
| Nom | Numéro de téléphone |
|-----|---------------------|

Adresse du médecin traitant ou de l’infirmier praticien spécialisé

| | | | |
|---------------|------------------|--------------------------|-----------------|
| Numéro et rue | Ville ou village | Province/Territoire/État | Code postal/Zip |
|---------------|------------------|--------------------------|-----------------|

| | | | |
|-------------|------|------|-------|
| Signature X | Date | | |
| | Jour | Mois | Année |

PARTIE 13 – Présentation de votre demande

Veuillez envoyer votre formulaire dûment rempli à l’adresse suivante :

EN LIGNE

canadavie.com/rssfp

Ouvrez une session dans votre compte de Service aux participants pour soumettre des demandes de règlement ou une estimation.

Des questions ? Appelez la Canada Vie :

Composez sans frais le 1 855 415-4414

PAR LA POSTE

Service des indemnités de Montréal
CP 4592 Succursale A
Toronto ON M5W 0L5



Êtes-vous une personne sourde ou malentendante qui veut accéder à un service de relais des télécommunications ?

Veuillez communiquer avec nous :

Ligne ATS vers téléphoniste : 711 • Téléphoniste vers ligne ATS : 1 800 855-0511