

**PARTIE 1 – Directives**

Veillez utiliser ce formulaire afin de présenter votre demande de protection pour un médicament biologique d'origine à la Canada Vie.

- Remplissez les parties 2 à 7 au complet, et demandez à votre médecin traitant ou à votre infirmier praticien spécialisé de remplir les parties 8 et 9.
- Veillez présenter une demande au programme de soins de santé approprié de votre province/territoire avant de présenter une demande à la Canada Vie (le cas échéant).
- Envoyez le tout à la Canada Vie. Voir la partie 10.

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 10 pour obtenir nos coordonnées.

Nom du régime <b>Régime de soins de santé de la fonction publique</b>	Numéro de régime	Numéro de certificat du participant du régime	
<b>Nom du participant du régime</b>			
Prénom		Nom de famille	
<b>Adresse du participant du régime</b>			
Numéro et rue		Ville ou village	Province/Territoire/État
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"/>

1. Est-ce que le patient prend actuellement ou a déjà pris un médicament biologique d'origine?  Oui  Non

Si oui, veuillez répondre aux questions ci-dessous.

a. Indiquez la date du début de la prise du médicament.  Jour  Mois  Année

b. Protection fournie par: \_\_\_\_\_  
(si la protection n'est pas offerte par la Canada Vie, veuillez fournir un reçu imprimé de la pharmacie indiquant l'achat de ce médicament)

2. Le patient participe-t-il à un programme de soutien aux patients pour ce médicament?  Oui  Non

Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

Numéro d'identification au titre du programme de soutien aux patients : \_\_\_\_\_

Personne-ressource du programme de soutien aux patients : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

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

1. Est-ce que le patient a une protection pour les frais de médicaments sur ordonnance au titre d'un autre régime?  Oui  Non

Si oui, veuillez répondre aux questions ci-dessous.

2. Nom de la compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

3. Est-ce que l'autre régime est auprès de la Canada Vie?  Oui  Non

Si oui, précisez : Numéro du régime de la Canada Vie : \_\_\_\_\_ Numéro de certificat : \_\_\_\_\_

Nom du participant de régime : \_\_\_\_\_ Lien avec le patient : \_\_\_\_\_

Signature d'autorisation du participant de l'autre régime d'assurance : X \_\_\_\_\_

Veillez fournir des détails et joindre la documentation relative à l'acceptation ou au refus du médicament biologique d'origine par votre autre compagnie d'assurance :

**PARTIE 5 – Protection provincial ou territorial**

1. Le patient est-il protégé par un programme provincial ou territorial ou par une autre source?  Oui  Non

Si oui, veuillez fournir le nom du programme ou de l'autre source : \_\_\_\_\_

Veuillez fournir des détails et joindre la documentation relative à l'acceptation ou au refus du programme provincial ou territorial pour médicament biologique d'origine :

**PARTIE 6 – Protection des renseignements personnels**

*La Canada Vie reconnaît et respecte l'importance de la protection de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de l'admissibilité aux médicaments visés et à l'administration du régime collectif. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection de renseignements personnels ou si vous avez des questions sur les politiques et les pratiques de la Canada Vie en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de services), consultez [canadavie.com](http://canadavie.com) ou écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie.*

*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](http://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/fra/lois/p-21/](http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/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.*

**PARTIE 7 – 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 reconnais que ces renseignements personnels sont nécessaires pour évaluer l'admissibilité à ce médicament et pour administrer le régime collectif. Je reconnais que mon consentement permet à la Canada Vie de traiter ma demande de règlement et que mon refus de consentir peut entraîner un retard dans le traitement de ma demande de règlement ou son refus. Je peux en tout temps révoquer mon consentement par l'envoi d'un avis écrit en ce sens.*

*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.*

*Si je ne suis pas le patient, je confirme que celui-ci a consenti à fournir ses renseignements personnels et a autorisé la Canada Vie à les utiliser et à les divulguer comme il est indiqué ci-dessus.*

*Conformément à la page [Autorisation et déclaration relatives à l'adhésion avec inscription préalable](http://bienvenue.canadavie.com/rssfp/passez-en-revue-les-autorisations-et-les-declarations.html) ([bienvenue.canadavie.com/rssfp/passez-en-revue-les-autorisations-et-les-declarations.html](http://bienvenue.canadavie.com/rssfp/passez-en-revue-les-autorisations-et-les-declarations.html)) acceptée lors de l'adhésion (si vous avez effectué l'adhésion préalable par formulaire papier, reportez-vous au 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.*

**Je certifie qu'à ma connaissance, les renseignements fournis sont véridiques, exacts et complets. Une omission de fournir des renseignements véridiques, exacts et complets sur ce formulaire pourrait entraîner la révocation de toute approbation, l'obligation de rembourser des demandes de règlement payées ou la prise d'autres mesures appropriées.**

Signature du participant du régime X \_\_\_\_\_ Date

**PARTIE 8 – Renseignements médicaux sur le patient - À remplir par le médecin traitant ou par l'infirmier praticien.**

Des renseignements supplémentaires peuvent être joints à la présente demande, s'il y a lieu. **LES RÉSULTATS DE TESTS GÉNÉTIQUES NE SONT PAS REQUIS.**

1. Indication approuvée par Santé Canada (précisez la date du diagnostic initial) : Mois  Année  \_\_\_\_\_
2. Médicament biologique d'origine : \_\_\_\_\_
3. Appellation chimique : \_\_\_\_\_
4. Dose prescrite et posologie : \_\_\_\_\_
5. Quelle est la durée prévue du traitement avec ce médicament sur ordonnance? \_\_\_\_\_
6. Le patient :
  - N'a jamais reçu de traitement
  - Prend actuellement un médicament d'origine
  - Prend actuellement un médicament biosimilaire
  - Autre. Veuillez préciser : \_\_\_\_\_
7. Où le traitement sera-t-il administré?
  - À la maison
  - Au cabinet du médecin
  - Dans une clinique privée
  - À l'hôpital (hospitalisation)
  - À l'hôpital (consultation externe)
8. Veuillez remplir le tableau Historique des traitements à l'égard de tous les médicaments biologiques essayés.

Médicaments sur ordonnance et traitements courants et antérieurs	Dose	Date de début (jj-mm-aaaa)	Date de fin (jj-mm-aaaa)	Résultats cliniques
				<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Renseignements cliniques : _____ _____
				<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Renseignements cliniques : _____ _____

9. Expliquez les raisons pour lesquelles un médicament biologique d'origine doit être utilisé (incluez des renseignements sur les traitements précédents, les facteurs propres au patient, etc.).  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**PARTIE 9 – Renseignements sur le médecin traitant ou l'infirmier praticien spécialisé, confirmation et signature**

**J'atteste que les renseignements fournis dans ce formulaire sont, à ma connaissance, vrais, corrects et complets.**

**Nom du médecin traitant ou de l'infirmier praticien**

Nom et titre

Spécialité

Numéro d'inscription

**Adresse du médecin traitant ou de l'infirmier praticien**

Numéro et rue

Ville ou village

Province/Territoire/État

Code postal/Zip

Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)

Numéro de télécopieur (y compris l'indicatif régional)

Signature X

Date Jour  Mois  Année

**PARTIE 10 – Présentation de votre demande**

Veuillez utiliser les coordonnées suivantes pour envoyer votre formulaire dûment rempli :

**PAR LA POSTE**

Gestion des demandes de règlement, Médicaments  
La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie  
CP 6000 Winnipeg MB R3C 3A5

**PAR TÉLÉCOPIEUR**

Gestion des demandes de règlement, Médicaments  
1 204 946-7664

**PAR COURRIEL**

[cvservices.medicaments@canadavie.com](mailto:cvservices.medicaments@canadavie.com)

**Des questions?**

Composez sans frais le 1 855 415-4414 du lundi au vendredi, entre 8 h et 17 h (votre heure locale), ou accédez à votre compte sur le site web des Services aux participants du RSSFP offert par la Canada Vie à l'adresse [canadavie.com/rssfp](http://canadavie.com/rssfp) et vous rendre à la page Pour nous joindre.



**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