

### PARTIE 1 – Directives

Veillez utiliser ce formulaire afin de présenter votre demande de protection pour des médicaments sur ordonnance d'origine à la Canada Vie.

- Remplissez les parties 2 et 4 au complet, et demandez à votre médecin traitant ou à votre infirmier praticien spécialisé de remplir la partie 5.
- 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 6.

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 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 et le patient - 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 6 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	
Nom du participant du régime			Nom du patient		
Prénom		Nom de famille			
Adresse du participant du régime			Date de naissance		
Numéro et rue		Ville ou village	Province/Territoire/État	Code postal/Zip	
Pays	Date de naissance	Jour	Mois	Année	
Prénom		Nom de famille		Date de naissance	Année

### PARTIE 3 – 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.

Veillez 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 4 – 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	Jour	Mois	Année
--	------	------	------	-------

**PARTIE 5 – Renseignements médicaux sur le patient- à être complété par le médecin traitant ou l'infirmier praticien**

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

Nom		Spécialité		Numéro d'inscription	
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)	
Médicament d'origine demandé		DIN		Posologie/fréquence	
Le patient prend-il actuellement le médicament d'origine? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Le patient a-t-il déjà fait l'essai d'au moins un médicament générique interchangeable au médicament d'origine sur ordonnance demandé? <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez répondre aux questions ci-dessous. <input type="checkbox"/> Si non, veuillez fournir des renseignements cliniques qui expliquent pourquoi le patient ne peut pas faire l'essai d'un médicament générique interchangeable.					
Médicament générique prescrit		DIN		Posologie/fréquence	
Description des effets indésirables (nature, étendue, gravité)					
Durée prévue du traitement		Signature du médecin traitant ou de l'infirmier praticien		Date	
				Jour    Mois    Année	

**PARTIE 6 – 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