

PARTIE 1 – Directives

Veillez utiliser ce formulaire afin de présenter votre demande d'exception à la limite de fréquence quant aux frais d'exécution d'ordonnance à la Canada Vie.

- Remplissez les parties 2 à 5 au complet, et demandez à votre médecin traitant ou à votre infirmier praticien spécialisé de remplir les parties 6 et 7.
- 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 8.

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 8 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"/>

Sélectionnez la raison pour laquelle le médicament sur ordonnance doit être délivré selon une fréquence plus élevée :

- a) le montant de la quote-part pour un approvisionnement de trois mois est supérieur à 100 \$
- b) une raison liée à l'innocuité ou à l'entreposage du médicament
- c) une raison médicale

Si vous avez répondu a), veuillez fournir les renseignements suivants. Vous n'avez pas l'obligation de demander à votre fournisseur de soins de santé de remplir ce formulaire.

Numéro d'identification du médicament (DIN) :	Posologie/fréquence :	Explication
Numéro d'identification du médicament (DIN) :	Posologie/fréquence :	Explication
Numéro d'identification du médicament (DIN) :	Posologie/fréquence :	Explication
Numéro d'identification du médicament (DIN) :	Posologie/fréquence :	Explication
Numéro d'identification du médicament (DIN) :	Posologie/fréquence :	Explication

PARTIE 4 – 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 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) 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 5 – 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://bienvie.canadavie.com/rssfp/passez-en-revue-les-autorisations-et-les-declarations.html) (bienvie.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 6 – Renseignements médicaux sur le patient - À remplir par le médecin traitant ou par l'infirmier praticien.

Numéro d'identification du médicament (DIN) :	Posologie/fréquence :
Numéro d'identification du médicament (DIN) :	Posologie/fréquence :
Numéro d'identification du médicament (DIN) :	Posologie/fréquence :
Numéro d'identification du médicament (DIN) :	Posologie/fréquence :
Numéro d'identification du médicament (DIN) :	Posologie/fréquence :
Raisons médicales pour lesquelles le médicament doit être délivré selon une fréquence plus élevée :	
Durée prévue du traitement :	

PARTIE 7 – 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 8 – Présentation de votre demande

Veillez 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

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 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?

Veillez communiquer avec nous :

Ligne ATS vers téléphoniste : 711

Téléphoniste vers ligne ATS : 1 800 855-0511