

Ce formulaire vise à obtenir les renseignements nécessaires à l'évaluation de votre demande de règlement pour médicament.

IMPORTANT : Veuillez répondre à toutes les questions. L'évaluation de votre demande de règlement sera retardée si le présent formulaire est incomplet ou s'il comporte des renseignements erronés.

Les frais pouvant être exigés pour remplir le présent formulaire doivent être acquittés par le titulaire de police ou le patient.

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 de garanties. 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 prestataires de services), consultez canadavie.com ou écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie.

J'autorise la Canada Vie, tout prestataire de soins de santé, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou des programmes de soutien aux patients ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute autre organisation ou tout prestataire de services travaillant avec la Canada Vie ou avec ceux précités, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger ces renseignements personnels lorsqu'ils s'avèrent nécessaires et pertinents aux fins précitées. Il est entendu 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 de garanties. 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. La Canada Vie se réserve le droit de vérifier les renseignements fournis sur ce formulaire à tout moment, et ce consentement s'étend à toute vérification de ma demande de règlement. 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.

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 titulaire de police : _____ Date : _____

Directives pour remplir le formulaire

1. Remplissez les sections dans la partie « Renseignements fournis par le patient ».
2. Demandez au médecin prescripteur de remplir les sections dans la partie « Renseignements fournis par le médecin ».
3. Faites parvenir toutes les pages du formulaire dûment rempli par la poste, par télécopieur ou par courrier électronique (voir les renseignements ci-dessous).

À noter : Comme le courrier électronique n'est pas un moyen de communication sûr, nous encourageons toute personne préoccupée par la possibilité qu'un tiers non autorisé intercepte son formulaire d'autorisation préalable ou ses renseignements médicaux à utiliser un autre moyen de communication.

**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 : La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Télécopieur : 1 204 946-7664
À l'attention de l'équipe Gestion des demandes de règlement, Médicaments**

**Par courriel : cldrug.services@canadavie.com
À l'attention de l'équipe Gestion des demandes de règlement, Médicaments**

Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur l'autorisation préalable et la gestion des dossiers médicaux, visitez le site Web de la Canada Vie au www.canadavie.com ou communiquez avec le Service d'assistance aux clients collectifs au 1 800 957-9777. Êtes-vous une personne sourde ou malentendante qui veut accéder à un service de relais des télécommunications? Veuillez communiquer avec nous au 711 pour que la ligne ATS transfère votre message au téléphoniste, ou au 1 800 855-0511 pour parler au téléphoniste qui enverra votre message vers la ligne ATS.

(Suite à la page suivante)

Renseignements sur le titulaire de police – Remplissez toutes les sections de cette page (en caractères d'imprimerie)

Titulaire de la police :		Nom du patient :	
Numéro de police :	Numéro de police :	Numéro d'identification du titulaire de police :	
Date de naissance du patient (JJ-MM-AAAA) :		Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal) :	

Veuillez indiquer votre numéro de téléphone et préciser les moments les plus propices pour vous appeler au sujet de votre demande de règlement.

Peut-on communiquer avec vous par courriel? (Veuillez noter que certaines correspondances devront être envoyées par courrier postal.)

Oui Non Dans l'affirmative, veuillez fournir votre adresse de courriel : _____

Veuillez indiquer si vous avez déjà pris ce médicament

Le patient a-t-il déjà pris ou prend-il actuellement ce médicament? Oui Non

Dans l'affirmative, a) indiquez la date de début (JJ-MM-AAAA) : _____

b) précisez qui couvre ce médicament : _____

(si la protection n'est pas offerte par la Canada Vie, veuillez fournir un imprimé de la pharmacie indiquant l'achat ce médicament)

Veuillez indiquer si vous êtes couvert par un autre régime collectif

Le patient a-t-il une assurance médicaments aux termes d'un autre régime collectif? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir le nom de l'autre compagnie d'assurance : _____

Si l'autre régime est détenu auprès de la Canada Vie, indiquez le numéro du régime et le numéro d'identification du participant : _____

Nom du participant de régime : _____

Lien avec le patient : _____

Veuillez fournir des précisions et joindre la documentation d'acceptation ou de refus :

Veuillez indiquer si vous êtes couvert par un régime provincial ou détenez une protection d'une autre source

Le patient est-il couvert par un régime provincial ou détient-il une protection d'une autre source? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir le nom du régime ou de l'autre source : _____

Veuillez fournir des précisions et joindre la documentation d'acceptation ou de refus : _____

Le patient reçoit-il actuellement des prestations d'invalidité à l'égard de l'affection pour laquelle ce médicament a été prescrit? Oui Non

Veuillez indiquer si vous participez à un programme d'aide aux patients

Le patient participe-t-il à un programme d'aide aux patients pour ce médicament? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

1. Numéro d'identification au titre du programme d'aide aux patients : _____

2. Nom et numéro de téléphone de la personne-ressource du programme d'aide aux patients :

Personne-ressource : _____ Numéro de téléphone : _____

Note à l'intention du médecin : Afin d'évaluer la demande de règlement pour ce médicament, nous avons besoin de renseignements détaillés sur l'historique des médicaments d'ordonnance du patient, comme il est demandé ci-dessous. Des renseignements supplémentaires peuvent être joints à la présente demande, s'il y a lieu. **LES RÉSULTATS DE TESTS GÉNÉTIQUES NE SONT PAS REQUIS.**

Renseignements fournis par le médecin (en caractères d'imprimerie)

Nom du médecin prescripteur : _____

Spécialité : _____

Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal) : _____

Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) : _____	Numéro de télécopieur (y compris l'indicatif régional) : _____
--	--

1. Nom du médicament prescrit : _____
2. Dose prescrite et posologie : _____
3. Indication médicale : _____ Date du diagnostic (MM-AAAA) : _____

Les résultats des tests génétiques ne sont pas requis.

Ce médicament est-il prescrit conformément aux indications approuvées par Santé Canada?

- Oui. Répondez aux questions 1 à 10
- Non. Le médicament n'est pas utilisé conformément aux indications approuvées par Santé Canada. Répondez aux questions 1 à 10 et remplissez la section « Emploi non conforme ».

4. Quelle est la durée prévue du traitement avec ce médicament? _____
5. Où le traitement sera-t-il administré? À la maison Au bureau du médecin Dans une clinique privée
 À l'hôpital (hospitalisation) À l'hôpital (consultation externe)
6. Veuillez préciser les raisons médicales pour lesquelles ce médicament a été prescrit de préférence à un autre médicament de la même classe thérapeutique :

Les résultats des tests génétiques ne sont pas requis.

7. Veuillez préciser dans le tableau ci-dessous tous les médicaments et les traitements qui ont été prescrits pour cette indication médicale.

Médicaments et traitements courants et antérieurs	Dose	Date de début (JJ-MM-AAAA)	Date d'arrêt (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 : _____ _____
				<input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre Renseignements cliniques : _____ _____

Renseignements fournis par le médecin (suite) (en caractères d'imprimerie)

8. Veuillez fournir la justification à l'appui du diagnostic. Veuillez également joindre des copies des résultats d'examen pertinents, des rapports de consultation avec un spécialiste ou des notes cliniques à l'appui du diagnostic du patient. **Les résultats des tests génétiques ne sont pas requis.**

9. Veuillez fournir une description de la maladie lorsqu'elle est apparue chez le patient, ainsi que la gravité actuelle des signes et symptômes. Veuillez également joindre des copies des résultats d'examen pertinents, des rapports de consultation avec un spécialiste ou des notes cliniques. **Les résultats des tests génétiques ne sont pas requis.**

10. Décrivez les principaux objectifs de traitement pour le patient pendant qu'il prend ce médicament.

Demande de renouvellement – Les résultats des tests génétiques ne sont pas requis.

Date de début du traitement (mm-aaaa) : _____

Veuillez décrire la réaction du patient au traitement, particulièrement en ce qui a trait aux signes et symptômes à l'apparition de la maladie. Joignez à la présente des copies des résultats d'examen pertinents, des rapports de consultation avec un spécialiste ou des notes cliniques.

Emploi non conforme – Les résultats des tests génétiques ne sont pas requis.

Assurez-vous d'avoir répondu aux questions 1 à 10.

Date du diagnostic initial (MM-AAAA) : _____

Est-ce qu'une preuve justifie l'emploi non conforme de ce médicament? Oui Non

Fournissez la littérature médicale ou les études cliniques qui appuient votre demande d'emploi non conforme, comme :

- Au moins deux essais cliniques de phase II ou de phase III démontrant des résultats constants en matière d'efficacité; et
- Des recommandations publiées dans des lignes directrices qui reposent sur des données probantes et qui appuient l'emploi du médicament.

Précisez les raisons médicales pour lesquelles l'emploi non conforme de ce médicament a été prescrit de préférence à un autre médicament ayant été approuvé pour traiter l'affection en cause.

Fournissez tous les antécédents et les renseignements médicaux pertinents à l'appui de la présente demande d'emploi non conforme.

S'il s'agit d'une demande de renouvellement, fournissez la documentation qui prouve l'efficacité du traitement depuis la demande précédente.

Note à l'intention du médecin : La Canada Vie pourrait exiger que votre patient se procure le médicament nécessitant une autorisation préalable dans une pharmacie désignée pour qu'il puisse obtenir un remboursement. Le cas échéant, un gestionnaire de dossiers médicaux communiquera avec vous pour vous fournir plus de renseignements.

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques, exacts et complets.

Signature du médecin : _____ Date : _____

Numéro d'immatriculation : _____

Il importe que toutes les précisions entourant l'information demandée soient communiquées pour éviter les retards dans le traitement des demandes de règlement relatives au médicament visé. Ce formulaire peut faire l'objet d'une vérification. Une fois rempli, ce formulaire doit être retourné à la Canada Vie par la poste, par télécopieur ou par courrier électronique.

À noter : Comme le courrier électronique n'est pas un moyen de communication sûr, nous encourageons toute personne préoccupée par la possibilité qu'un tiers non autorisé intercepte son formulaire d'autorisation préalable ou ses renseignements médicaux à utiliser un autre moyen de communication.

**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 : La Compagnie d'Assurance du Canada
sur la Vie
Télécopieur : 1 204 946-7664
À l'attention de l'équipe Gestion
des demandes de règlement, Médicaments**

**Par courriel : cldrug.services@canadavie.com
À l'attention de l'équipe Gestion des demandes
de règlement, Médicaments**