

Demande d'intervention chirurgicale d'affirmation de genre

DIRECTIVES :

1. Avant chaque intervention, envoyez-nous un formulaire de demande d'intervention chirurgicale d'affirmation de genre.
2. Veuillez remplir les parties 1, 2 et 3, puis demandez au médecin traitant de remplir la partie 4.
3. Veuillez noter que votre régime ne couvre pas les frais que votre médecin pourrait exiger pour fournir les renseignements médicaux ou pour remplir le présent formulaire.
4. Veuillez en conserver une copie pour vos dossiers.
5. Envoyez la présente demande au Service des indemnités prévu pour votre régime. Voir la partie 5.
6. Une fois l'évaluation terminée, nous vous transmettrons notre décision par écrit.

Partie 1 – Renseignements sur le participant de régime			
Numéro de régime	Numéro d'identification du participant		
Nom de famille	Prénom		
Adresse	Ville	Province	Code postal

Partie 2 – Renseignements sur le patient		
Nom du patient Prénom/nom de famille	Lien du patient avec le participant de régime Participant Enfant Conjoint	Date de naissance du patient (JJ-MM-AAAA) :
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	____ ____ ____

Partie 3 – Autorisations et déclarations
<p>J'atteste que les renseignements fournis dans ce formulaire sont, à ma connaissance, véridiques, corrects et complets. Je certifie que tous les biens et services demandés ont été reçus par moi, mon conjoint ou mes personnes à charge, et que mon conjoint ou mes personnes à charge sont admissibles aux termes de mon régime.</p> <p>La présentation de demandes de règlement frauduleuses est un acte criminel. La Canada Vie prend au sérieux les cas présumés de demandes de règlement frauduleuses et pourrait les signaler à votre employeur ou au répondant de votre régime, ainsi qu'à l'organisme d'application de la loi pertinent.</p> <p>À la Canada Vie, nous reconnaissons et 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. J'autorise la Canada Vie, tout prestataire de soins de santé ou de soins dentaires, le gestionnaire du régime, 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 prestataire 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.</p> <p>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.</p> <p>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 prestataires de service), écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie ou consultez canadavie.com.</p> <p>Signature du membre de l'équipe : _____ Date (JJ-MM-AAAA) : _____</p>

Demande d'intervention chirurgicale d'affirmation de genre

Partie 4 – Confirmation de l'admissibilité à l'intervention chirurgicale d'affirmation de genre (cette partie doit être remplie par le médecin)

1. Ce patient est-il traité pour une affirmation de genre en raison d'un diagnostic de dysphorie de genre? Oui Non
2. Quel type d'intervention le patient demande-t-il? _____
3. Est-ce que le patient a demandé la protection pour interventions liées à l'affirmation de genre aux termes de son régime ou programme d'assurance maladie provincial/territorial? Oui Non
4. Cette intervention est-elle couverte par le régime d'assurance maladie provincial/territorial du patient? Oui Non
 - a. Dans l'affirmative, le patient doit demander la protection provinciale/territoriale et nous fournir la confirmation d'approbation ou de refus de la protection.
 - b. Dans la négative, passez à la question 5.
5. Considérez-vous l'intervention comme étant médicalement nécessaire? Oui Non
6. L'intervention sera-t-elle effectuée au Canada? Oui Non

Nom et adresse du médecin : _____

Numéro d'inscription : _____

Signature du médecin : _____ Date (JJ-MM-AAAA) _____ | _____ | _____

Partie 5 – Présentation de votre demande

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli à :

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Service des indemnités de Winnipeg
CP 6400
Winnipeg MB R3C 3A8
www.canadavie.com

Des questions? Composez sans frais le 1 800 957-9777.



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

Pour communiquer avec nous :
Services ATS vers téléphoniste : 711
Téléphoniste vers ligne ATS : 1 800 855-0511