

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
Gestion des demandes de règlement,
Médicaments**

**Par courriel : cldrug.services@canadavie.com
Gestion des demandes
de règlement, Médicaments**

Pour obtenir des renseignements supplémentaires communiquez avec le Service d'assistance aux clients collectifs au 1 800 957-9777.

(Suite à la page suivante)

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

Titulaire de police :		Nom du patient :	
Nom de la 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 : _____

Avez-vous une protection pour l'utilisation de cannabis à des fins médicales auprès d'un autre assureur? Oui Non

Dans l'affirmative, a) indiquez la date du début : (jj-mm-aaaa) : _____

b) protection fournie par : _____

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) :
--	--

- Nom du produit : Cannabis médicinal
- Votre patient est-il autorisé à posséder du cannabis à des fins médicales aux termes de la loi actuelle? Oui Non
- Forme de la dose prescrite et posologie : _____
- Diagnostic et indication d'utilisation (précisez la date du diagnostic initial) (mm-aaaa) : _____
 - Spasticité ou douleurs neuropathiques dans les cas de sclérose en plaques
 - Nausées et vomissements causés par la chimiothérapie ou douleurs neuropathiques dans les cas de cancer
 - Anorexie ou douleurs neuropathiques dans les cas de VIH ou de sida
 - Symptômes associés aux soins palliatifs
- Quelle est la durée prévue du traitement avec le cannabis médicinal? _____

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 cannabis à des fins médicales. 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 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
Gestion des demandes de règlement,
Médicaments**

**Par courriel : cldrug.services@canadavie.com
Gestion des demandes de règlement,
Médicaments**