

Demande de protection pour un médicament d'origine

Le présent formulaire vise à obtenir les renseignements qui serviront à évaluer votre demande de règlement pour frais de médicaments.

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.

Protection des renseignements personnels

Protection de vos renseignements personnels. À la Canada Vie, nous sommes soucieux de protéger vos renseignements personnels et de respecter votre vie privée. Les renseignements personnels sont des informations qui, seules ou combinées à d'autres, permettent d'identifier une personne. Ils comprennent notamment votre nom et adresse, ainsi que d'autres informations plus sensibles, comme des renseignements médicaux et financiers. Sont compris, le cas échéant, des renseignements sur d'autres personnes, comme votre époux, votre conjoint de fait et vos enfants.

Comment nous utilisons vos renseignements personnels. Vos renseignements personnels sont utilisés pour vous offrir des produits et services et pour améliorer nos activités d'exploitation. Ils sont notamment utilisés pour vérifier votre identité, tenir votre profil à jour et vous renseigner sur les caractéristiques des produits que vous avez auprès de nous. De plus, l'utilisation de vos renseignements personnels nous permet de vous offrir des conseils, d'évaluer votre admissibilité à certains produits, de tarifier nos produits, d'obtenir de la rétroaction sur notre service à la clientèle et de traiter les demandes de règlement ainsi que d'autres transactions financières. Si vous avez fourni votre numéro d'assurance sociale (NAS), nous l'utiliserons à des fins de déclaration fiscale. Votre NAS sert également à lier vos produits et à séparer vos renseignements de ceux d'autres clients ayant des noms semblables.

Avec qui communiquons-nous les renseignements personnels. Nous transmettons vos renseignements personnels à d'autres personnes et organisations qui nous aident à administrer vos produits et à vous offrir des services. Cela comprend notamment votre conseiller et les personnes qui travaillent avec lui, nos filiales canadiennes et d'autres organisations qui nous offrent des services, comme des fournisseurs d'examen paramédicaux, des laboratoires médicaux, MIB, LLC., des fournisseurs de protections spécialisées, des médecins examinateurs indépendants et des gestionnaires de demandes de règlement électroniques pour médicaments. Nous pouvons aussi divulguer vos renseignements à des vérificateurs de demandes de règlement, à des fournisseurs d'assistance aux voyageurs, à des fournisseurs de services technologiques, à d'autres compagnies d'assurance et de réassurance, à d'autres institutions financières et à des agences d'évaluation du crédit. Dans le cadre de nos activités quotidiennes, vos renseignements personnels peuvent être communiqués à des ministères et organismes gouvernementaux. Ils peuvent également être communiqués à l'extérieur du Canada ou de votre province de résidence. Nous prenons au sérieux la protection de vos renseignements personnels et nous ne les vendrons jamais à qui que ce soit.

Vous êtes en contrôle de vos renseignements personnels. Nous respectons vos préférences en matière de protection des renseignements personnels et nous nous y conformons lorsque nous les utilisons. Tout au long de votre relation avec nous, vous pouvez choisir la façon dont vos renseignements personnels sont utilisés en mettant à jour vos préférences dans votre [compte en ligne](#) ou en présentant une demande par l'entremise de notre [centre de protection des renseignements personnels](#) à l'adresse canadavie.com/confidentialite. Vous pouvez notamment déterminer si vous souhaitez recevoir des sondages sur l'expérience client et si votre NAS peut être utilisé à d'autres fins que la déclaration fiscale. Vous pouvez aussi préciser si et comment vous voulez recevoir des informations et des offres de la Canada Vie, en fonction des renseignements personnels que nous recueillons auprès de vous tout au long de votre relation avec nous. Vous pouvez également exercer d'autres droits en matière de protection des renseignements personnels, tel qu'accéder à vos renseignements personnels ou les corriger, en présentant une demande à cet effet par l'entremise de notre centre de protection des renseignements personnels.

Si vous décidez de retirer votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels dont nous avons besoin pour vous fournir des services et nous acquitter de nos obligations légales, nous pourrions ne plus être en mesure de continuer à vous fournir des produits et services.

Vous voulez en savoir plus? Veuillez consulter le site canadavie.com/confidentialite.

Consentement relatif à la protection des renseignements personnels, autorisations et déclarations

Je comprends que mes renseignements personnels seront recueillis, utilisés et divulgués comme il est indiqué ci-dessus.

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.

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 cela 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.

Je conviens qu'en soumettant le présent formulaire ou en autorisant sa soumission, j'accepte les conditions énoncées dans la présente section, même si je n'ai pas signé le formulaire.

Signature du titulaire de police : _____ Date (jj-mm-aaaa): _____

Directives pour remplir le formulaire

1. Veuillez remplir les sections dans la partie « Renseignements sur le patient ».
2. Veuillez passer en revue et signer le formulaire.
3. Veuillez demander au médecin prescripteur de remplir les sections dans la partie « Renseignements fournis par le médecin ».
4. Veuillez faire 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, visitez le site Web de la Canada Vie au 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.

Demande de protection pour un médicament d'origine

Les renseignements que vous fournissez dans le présent formulaire nous aident à évaluer votre demande de protection pour un médicament d'origine. Aux fins de l'admissibilité à la protection, la preuve médicale doit démontrer que la prise du médicament générique entraîne des effets indésirables chez vous. Si votre demande est approuvée, la protection pourrait être accordée pour une période déterminée, après laquelle vous devrez présenter une nouvelle demande pour poursuivre la protection. L'évaluation de votre demande pourrait être retardée si le présent formulaire est incomplet ou s'il comporte des renseignements erronés.

Les frais qui pourraient être exigés pour remplir le présent formulaire sont à votre charge.

Renseignements sur le participant - Remplissez la section qui suit. Prière d'écrire en caractères d'imprimerie.

Nom du participant de régime	Nom du patient	
Nom du régime	Numéro de régime	Numéro d'identification du participant
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Numéro de téléphone à domicile	Numéro de téléphone au travail
Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)		

Renseignements fournis par le médecin - Demandez à votre médecin prescripteur de remplir la section qui suit. Prière d'écrire en caractères d'imprimerie.

Nom du médecin prescripteur	Spécialité	
Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)		
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur	
Médicament d'origine demandé	DIN	Posologie/fréquence
Médicament générique prescrit	DIN	Posologie/fréquence
Effets attribuables à la réaction indésirable (cochez toutes les cases qui s'appliquent) ☐ Réaction constituant un danger de mort ☐ Hospitalisation ☐ Réaction allergique ☐ Autre (précisez) _____	Description de la réaction indésirable (nature, étendue, gravité)	
	Durée prévue du traitement	
Signature du prescripteur		Date (jj-mm-aaaa)

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@canadalife.com
À l'attention de l'équipe Gestion des demandes de règlement, Médicaments

Effacer