

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 participant du régime 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. Cette utilisation nous permet aussi de vous protéger, tout comme nous, contre des risques, comme la cybercriminalité et la fraude, et de respecter nos obligations légales. 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'exams 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 participant de régime :

Date :

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

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

Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur l'autorisation préalable et la gestion des dossiers médicaux, veuillez visiter 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.

Renseignements fournis par le participant de régime – Veuillez remplir toutes les sections de cette page (en caractères d'imprimerie)

Participant de régime :

Nom du patient :

Nom du régime :

Numéro de régime :

Numéro d'identification du participant de régime :

Date de naissance du patient (jj-mm-aaaa) :

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

Veuillez indiquer le numéro auquel vous préférez être joint et les moments les plus propices pour vous appeler au sujet de votre demande de règlement.

Pouvons-nous communiquer avec vous par courriel? (Veuillez noter que certaines correspondances devront être envoyées par courrier postal.) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez fournir votre adresse de courriel :

Historique des traitements avec ce médicament

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

Si oui, a) veuillez indiquer la date de début (jj-mm-aaaa) :

b) veuillez préciser 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 de ce médicament)

Autres régimes de garanties

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

Si oui, veuillez fournir le nom de l'autre compagnie d'assurance :

Si l'autre régime est détenu auprès de la Canada Vie, veuillez indiquer 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 :

Programmes provinciaux ou autres protections

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

Si oui, 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

Programmes de soutien aux patients

Le patient participe-t-il à un programme de soutien aux patients pour ce médicament? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

1. Numéro d'identification au titre du programme de soutien aux patients :

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

Personne-ressource : Numéro de téléphone :

Renseignements fournis par le médecin Imcivree (setmélanotide)

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. Dose prescrite et posologie :

- ☐ 0,5 mg une fois par jour. La dose peut être augmentée de 0,5 mg toutes les deux semaines jusqu'à un maximum de 2 mg par jour.
- ☐ 1 mg une fois par jour. La dose peut être augmentée de 0,5 mg toutes les deux semaines jusqu'à un maximum de 3 mg par jour.
- ☐ Autre (veuillez préciser) : _____

Veuillez justifier la dose prescrite : _____

2. Indication approuvée par Santé Canada (précisez la date du diagnostic initial) (mm-aaaa) :

- ☐ Gestion du poids
- ☐ Autre indication (approuvée par Santé Canada) : _____

Veuillez répondre aux questions 1 à 6 et remplir la section « Autre indication (approuvée par Santé Canada) ».

Ce médicament est-il prescrit conformément aux indications approuvées par Santé Canada¹?

- ☐ Oui. Veuillez répondre aux questions 1 à 6 et remplir la section « Renseignements fournis par le médecin ».
- ☐ Non. Indication non approuvée par Santé Canada : _____

Veuillez répondre aux questions 1 à 6 et remplir la section « Emploi non conforme ».

¹ Indications approuvées par Santé Canada pour Imcivree :

- Gestion du poids chez les patients adultes et chez les patients pédiatriques âgés de six ans et plus atteints d'obésité causée par :
 - o Le syndrome de Bardet-Biedl (SBB)
 - o Un déficit biallélique confirmé génétiquement en pro-opiomélanocortine (POMC), en proprotéine convertase subtilisine/kexine de type 1 (PCSK1) ou en récepteur de leptine (LEPR) dû à des variants interprétés comme étant pathogènes, probablement pathogènes ou de signification indéterminée

3. Quelle est la durée prévue du traitement avec ce médicament?

4. 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)

5. 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 de tests génétiques ne sont pas requis.

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

6. Historique des médicaments et des traitements prescrits – à remplir pour chaque demande.

Médicaments et traitements courants et antérieurs	Dose et posologie	Date de début (jj-mm-aaaa)	Date de fin (jj-mm-aaaa)	Résultats cliniques
				☐ Échec ☐ Intolérance ☐ Autre Renseignements cliniques :
				☐ Échec ☐ Intolérance ☐ Autre Renseignements cliniques :
				☐ Échec ☐ Intolérance ☐ Autre Renseignements cliniques :

Gestion du poids – Les résultats de tests génétiques ne sont pas requis.

Veuillez nous fournir les renseignements suivants sur le patient :

Poids : _____ kg Date de la pesée (jj-mm-aaaa) : _____
IMC : _____ kg/m² Date de l'évaluation (jj-mm-aaaa) : _____

Pour les patients de moins de 16 ans :

Le poids du patient est-il supérieur ou égal au 97^e percentile pour l'âge, selon la courbe de croissance? ☐ Oui ☐ Non

Documents requis : Assurez-vous que les éléments suivants accompagnent la demande (ne doivent pas remonter à plus de trois mois) :

- ☐ Notes cliniques indiquant le poids, l'IMC ou le score Z du patient
- ☐ Évaluation du tableau de croissance – poids en fonction de l'âge (patients pédiatriques seulement)

Autre indication (approuvée par Santé Canada) – Les résultats de tests génétiques ne sont pas requis.

Veuillez fournir tous les renseignements pertinents relativement à l'affection et joindre tous les documents à l'appui.

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

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

Demande de renouvellement initiale

Fournissez les renseignements suivants sur le patient :

Poids : _____ kg Date de la pesée (jj-mm-aaaa) : _____
IMC : _____ kg/m² Date de l'évaluation (jj-mm-aaaa) : _____

Pour les patients de moins de 12 ans :

Le patient a-t-il obtenu un score Z de l'IMC considéré comme cliniquement bénéfique? ☐ Oui ☐ Non

Documents requis : Assurez-vous que les éléments suivants accompagnent la demande (ne doivent pas remonter à plus de trois mois) :

- ☐ Notes cliniques indiquant le poids, l'IMC ou le score Z du patient

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

Demande de renouvellement subséquente :

Fournissez les renseignements suivants sur le patient :

Poids : _____ kg Date de la pesée (jj-mm-aaaa) : _____

IMC : _____ kg/m² Date de l'évaluation (jj-mm-aaaa) : _____

Pour les patients de moins de 12 ans :

Le patient continue-t-il à maintenir une réduction du score Z de l'IMC considéré comme cliniquement bénéfique? ☐ Oui ☐ Non

Documents requis : Assurez-vous que les éléments suivants accompagnent la demande (ne doivent pas remonter à plus de trois mois) :

☐ Notes cliniques indiquant le poids, l'IMC ou le score Z du patient

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

Veuillez vous assurer de répondre aux questions 1 à 6.

Date du diagnostic initial (jj-mm-aaaa) : _____

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

Veuillez fournir 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.

Veuillez préciser 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.

Veuillez fournir 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, veuillez fournir 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 (jj-mm-aaaa) :

Numéro de permis ou d'inscription : _____

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 : Gestion
des demandes de règlement, Médicaments**

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