

### PARTIE 1 – Directives

Veuillez utiliser ce formulaire afin de présenter votre demande de protection pour Imcivree à la Canada Vie.

- Remplissez les parties 2 à 7 au complet, et demandez à votre médecin traitant ou à votre infirmier praticien spécialisé de remplir les parties 8 et 9.
- Veuillez présenter une demande au programme de soins de santé approprié de votre province/territoire avant de présenter une demande à la Canada Vie (le cas échéant).
- Envoyez le tout à la Canada Vie. Voir la partie 10.

Veuillez noter que le Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) ne rembourse pas les frais que votre médecin pourrait exiger pour fournir des renseignements médicaux.

Tous les formulaires relatifs au Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) doivent être soumis par le participant du régime. Au besoin, il se peut que nous divulguions des renseignements personnels au sujet des demandes de règlement à votre employeur, à votre fournisseur de services ou à une personne agissant en votre nom pour confirmer l'admissibilité et gérer mutuellement l'évaluation.

### PARTIE 2 – Renseignements sur le participant du régime – Vous devez remplir cette section au complet. Si vous n'êtes pas certain de votre numéro de régime ou de certificat, veuillez consulter votre carte de prestations du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP), le site web des Services aux participants du RSSFP de la Canada Vie ou encore la partie 10 pour obtenir nos coordonnées.

|                                                                          |  |                  |                                               |
|--------------------------------------------------------------------------|--|------------------|-----------------------------------------------|
| Nom du régime<br><b>Régime de soins de santé de la fonction publique</b> |  | Numéro de régime | Numéro de certificat du participant du régime |
| <b>Nom du participant du régime</b>                                      |  |                  |                                               |
| Prénom                                                                   |  | Nom de famille   |                                               |
| <b>Adresse du participant du régime</b>                                  |  |                  |                                               |
| Numéro et rue                                                            |  | Ville ou village | Province/Territoire/État                      |
| Code postal/Zip                                                          |  | Pays             |                                               |
| <b>Date de naissance</b>                                                 |  | Jour             | Mois                                          |
| Année                                                                    |  |                  |                                               |

### PARTIE 3 – Renseignements sur le patient

| Nom du patient |                | Lien entre le patient et le participant du régime |                              |                          | Date de naissance du patient |      |       | Si l'enfant à charge est âgé de 21 à 25 ans, étudie-t-il à temps plein? |                          |
|----------------|----------------|---------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|------|-------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Prénom         | Nom de famille | Moi-même                                          | Conjoint ou conjoint de fait | Enfant à charge          | Jour                         | Mois | Année | Oui                                                                     | Non                      |
|                |                | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |                              |      |       | <input type="checkbox"/>                                                | <input type="checkbox"/> |

1. Est-ce que le patient prend actuellement ou a déjà pris ce médicament? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez répondre aux questions ci-dessous.

a. Indiquez la date du début de la prise du médicament.  Jour  Mois  Année

b. Protection fournie par : \_\_\_\_\_  
 (si la protection n'est pas offerte par la Canada Vie, veuillez fournir un reçu imprimé de la pharmacie indiquant l'achat de ce médicament)

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

Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

Numéro d'identification au titre du programme de soutien aux patients : \_\_\_\_\_

Personne-ressource du programme de soutien aux patients : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

### PARTIE 4 – Coordination des prestations – Remplissez cette section pour indiquer si vous ou un membre de votre famille bénéficiez d'une protection au titre d'un autre régime.

1. Est-ce que le patient a une protection pour les frais de médicaments sur ordonnance au titre d'un autre régime? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez répondre aux questions ci-dessous.

2. Nom de la compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

3. Est-ce que l'autre régime est auprès de la Canada Vie? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez : Numéro du régime de la Canada Vie : \_\_\_\_\_ Numéro de certificat : \_\_\_\_\_

Nom du participant de régime : \_\_\_\_\_ Lien avec le patient : \_\_\_\_\_

Signature d'autorisation du participant de l'autre régime d'assurance : X \_\_\_\_\_

Veuillez fournir des détails et joindre la documentation relative à l'acceptation ou au refus de ce médicament par votre autre compagnie d'assurance :

**PARTIE 5 – Protection provincial ou territorial**

1. Le patient est-il protégé par un programme provincial ou territorial ou par une autre source? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez fournir le nom du programme ou de l'autre source :

Veuillez fournir des détails et joindre la documentation relative à l'acceptation ou au refus du programme provincial ou territorial pour ce médicament :

**PARTIE 6 – Protection des renseignements personnels**

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 collectif. 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 fournisseurs de services), consultez [canadavie.com](http://canadavie.com) ou écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie. Veuillez consulter l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels du RSSFP ([canada.ca/fr/secretariat-conseil-tresor/services/regimes-assurance/regime-soins-sante/enonce-protection-renseignements-personnels-regime-soins-sante-fonction-publique-septembre-2009.html](http://canada.ca/fr/secretariat-conseil-tresor/services/regimes-assurance/regime-soins-sante/enonce-protection-renseignements-personnels-regime-soins-sante-fonction-publique-septembre-2009.html)) pour en savoir plus sur le sujet. En cas de divergence entre la Loi sur la protection des renseignements personnels ([//laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/p-21/](http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/p-21/)), l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels du RSSFP et les Normes en matière de protection des renseignements personnels de la Canada Vie, la Canada Vie appliquera les exigences les plus strictes.

**PARTIE 7 – Confirmation, autorisation et signature**

J'autorise la Canada Vie, tout fournisseur de soins de santé ou de soins dentaires, mon promoteur du régime, l'Administration du Régime de soins de santé de la fonction publique fédérale, 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 fournisseur 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.

Je reconnais que ces renseignements personnels sont nécessaires pour évaluer l'admissibilité à ce médicament et pour administrer le régime collectif. 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. 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.

Conformément à la page [Autorisation et déclaration relatives à l'adhésion avec inscription préalable](http://bienvenue.canadavie.com/rssfp/passez-en-revue-les-autorisations-et-les-declarations.html) ([bienvenue.canadavie.com/rssfp/passez-en-revue-les-autorisations-et-les-declarations.html](http://bienvenue.canadavie.com/rssfp/passez-en-revue-les-autorisations-et-les-declarations.html)) acceptée lors de l'adhésion (si vous avez effectué l'adhésion préalable par formulaire papier, reportez-vous au dossier d'adhésion préalable), je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels comme il est indiqué à la section Protection des renseignements personnels, dans les Normes en matière de protection des renseignements personnels de la Canada Vie et dans l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels du RSSFP.

**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 participant du régime X \_\_\_\_\_

Date 

|      |      |       |
|------|------|-------|
| Jour | Mois | Année |
|------|------|-------|

**PARTIE 8 – Renseignements médicaux sur le patient – À remplir par le médecin traitant ou par l'infirmier praticien.**

Des renseignements supplémentaires peuvent être joints à la présente demande, s'il y a lieu. **LES RÉSULTATS DE TESTS GÉNÉTIQUES NE SONT PAS REQUIS.**

## 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) : Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

Ce médicament est prescrit conformément aux indications suivantes approuvées par Santé Canada<sup>1</sup> :

☐ Gestion du poids

Veuillez répondre aux questions 1 à 6 et remplir la section « Renseignements médicaux sur le patient ».

☐ Autre indication (approuvée par Santé Canada) : \_\_\_\_\_

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

**<sup>1</sup>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 :

- Syndrome de Bardet-Biedl (SBB)
- Déficit en biallélique confirmé génétiquement en pro-opiomélanocortine (POMC), en proprotéine convertase subtilisine/kexine de type 1 (PCSK1) ou en récepteur de la leptine (LEPR)

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

## 4. Où le traitement sera-t-il administré?

☐ À la maison ☐ Au cabinet du médecin ☐ Dans une clinique privée ☐ À l'hôpital (hospitalisation) ☐ À l'hôpital (consultation externe)

5. Précisez les raisons médicales pour lesquelles ce médicament a été prescrit de préférence à un autre médicament ayant été approuvé pour traiter l'affection en cause. **Les résultats de tests génétiques ne sont pas requis.**6. Historique des médicaments et des traitements prescrits - **à remplir pour chaque demande.**

| Médicaments sur ordonnance et traitements courants et antérieurs | Dose et posologie | Date de début<br>(jj-mm-aaaa) | Date de fin<br>(jj-mm-aaaa) | Résultats cliniques                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                  |                   |                               |                             | <input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre<br>Renseignements cliniques :<br>_____<br>_____ |
|                                                                  |                   |                               |                             | <input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Autre<br>Renseignements cliniques :<br>_____<br>_____ |

**Gestion du poids**

Veuillez nous fournir les renseignements suivants sur le patient :

Poids du patient : \_\_\_\_\_ kg Date de la pesée : Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

IMC : \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup> Date déterminée : Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

Pour les patients de moins de 16 ans :

Le poids du patient est-il supérieur ou égal au 97<sup>e</sup> percentile de 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.

**PARTIE 8 – Renseignements médicaux sur le patient (suite) – À remplir par le médecin traitant ou par l'infirmier praticien.****Demande de renouvellement – Les résultats de tests génétiques ne sont pas requis**Date de début du traitement : Mois  Année **Demande de renouvellement initiale**

Veuillez nous fournir les renseignements suivants sur le patient :

Poids :  kg Date de la pesée : Jour  Mois  Année IMC :  kg/m<sup>2</sup> Date déterminée : Jour  Mois  Année 

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**Demande de renouvellement subséquente**

Veuillez nous fournir les renseignements suivants sur le patient :

Poids :  kg Date de la pesée : Jour  Mois  Année IMC :  kg/m<sup>2</sup> Date déterminée : Jour  Mois  Année 

Pour les patients de moins de 12 ans :

Le patient a-t-il maintenu une réduction du score Z de l'IMC considérée 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**PARTIE 9 – Renseignements fournis par le médecin traitant ou l'infirmier praticien spécialisé, confirmation et signature**

J'atteste que les renseignements fournis dans ce formulaire sont, à ma connaissance, vrais, corrects et complets.

**Nom du médecin traitant ou de l'infirmier praticien**Nom et titre Spécialité Numéro de permis ou d'inscription **Adresse du médecin traitant ou de l'infirmier praticien**Numéro et rue Ville ou village Province/Territoire/État Code postal/Zip Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) Numéro de télécopieur (y compris l'indicatif régional) Signature X 

Date

Jour Mois Année **PARTIE 10 – Présentation de votre demande**

Veuillez utiliser les coordonnées suivantes pour envoyer votre formulaire dûment rempli :

**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**Gestion des demandes de règlement, Médicaments  
1 204 946-7664**PAR COURRIEL**

cvservices.medicaments@canadavie.com

**Des questions?**Composez sans frais le 1 855 415-4414 du lundi au vendredi, entre 8 h et 17 h (votre heure locale), ou accédez à votre compte sur le site web des Services aux participants du RSSFP offert par la Canada Vie à l'adresse [canadavie.com/rssfp](http://canadavie.com/rssfp) et vous rendre à la page Pour nous joindre.**Êtes-vous une personne sourde ou malentendante qui veut accéder à un service de relais des télécommunications?**

Veuillez communiquer avec nous :

Ligne ATS vers téléphoniste : 711

Téléphoniste vers ligne ATS : 1 800 855-0511

**Effacer**