

Demande d'approbation d'un médicament de marque Assurance collective

Le médicament prescrit dont vous demandez le remboursement à titre exceptionnel est remboursable selon le coût du médicament de substitution le moins élevé. Si votre demande d'approbation est acceptée, les frais seront réglés selon le coût raisonnable et habituel demandé pour le produit délivré.

Les frais liés au médicament prescrit ne seront pris en charge que si le médecin prescripteur indique que le médicament de substitution au coût le moins élevé ne peut pas être toléré ou est inefficace dans le cas du patient.

Pour demander cette couverture spéciale, veuillez remplir les sections 1 et 3 et demander à votre médecin de remplir la section 2.

1. Renseignements généraux

Vos numéros de contrat et de certificat figurent sur votre carte d'identification.

Numéro de contrat : _____ Numéro de certificat du participant : _____
Promoteur de régime : _____
Prénom et nom du participant : _____
Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) : _____ Numéro de téléphone (jour) : _____
Address (number, street, apartment) : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Prénom et nom du patient : _____
Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) : _____ Lien avec le participant : _____
DIN (numéro d'identification du médicament) : _____

2. Déclaration du médecin

À remplir par le médecin.

Nota : Tous frais demandés pour remplir le présent formulaire sont à la charge du participant.

Médicament prescrit (nom chimique, forme posologique, teneur) : _____
Pour que les frais liés au médicament prescrit puissent être pris en charge au titre du contrat, vous devez sélectionner ci-dessous la raison médicale pertinente, laquelle indique pourquoi le médicament de substitution au coût le moins élevé ne peut pas être toléré ou est inefficace pour le patient.
 Effet indésirable Échec thérapeutique
Prénom et nom du médecin : _____
Numéro de téléphone du médecin : _____ Adresse du médecin (numéro, rue, bureau) : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Signature du médecin : _____ Date (jj/mmmm/aaaa) : _____

3. Autorisation et consentement

Je confirme ce qui suit :

Les renseignements fournis dans le présent formulaire et tout autre renseignement que je pourrais fournir ultérieurement à Manuvie, oralement ou par écrit, sont à ma connaissance véridiques, exacts et complets.

Je comprends ce qui suit :

- Ma demande de règlement peut être refusée et ma couverture peut prendre fin, si je fournis des renseignements faux, incomplets ou trompeurs.
- Si Manuvie détermine qu'une demande de règlement qui a été présentée :
 - est incorrecte, la demande de règlement sera corrigée et toutes les sommes payées en trop seront recouvrées par Manuvie;
 - est fautive, la demande, ainsi que tout renseignement ou document connexe, sera signalée au promoteur de mon régime, et toute fautive demande pourra être transmise aux autorités chargées de l'application de la loi en vue de possibles poursuites.
- Je dois rembourser toute somme que je pourrais devoir à Manuvie ou au promoteur de mon régime conformément aux dispositions de mon contrat d'assurance collective, et j'autorise la déduction de ces sommes de mes futures demandes de règlement.

Protection des renseignements confidentiels

J'autorise :

- Manuvie et ses fournisseurs de services, ainsi que ses réassureurs et leurs fournisseurs de services, à recueillir, à utiliser, à conserver et à divulguer les renseignements personnels relatifs à ma demande de règlement (les « Renseignements personnels ») aux fins de la gestion du régime d'assurance collective, des vérifications, du traitement de ma demande de règlement et à toute autre fin désignée dans la Déclaration relative aux renseignements personnels pour les régimes d'assurance collective des employeurs (collectivement, les « Fins »).
- Toute personne ou toute organisation détenant des Renseignements personnels me concernant, entre autres, tout professionnel de la santé, tout établissement, toute pharmacie ou toute autre installation offrant des soins médicaux ou des services de santé, tout organisme de réglementation professionnel, tout employeur, tout administrateur de régime ou d'autres programmes d'avantages sociaux, tout assureur ou tout service d'enquête, à recueillir, à utiliser, à conserver, à divulguer lesdits Renseignements personnels, et à les échanger entre eux et avec Manuvie, ses réassureurs et ses fournisseurs de services, aux Fins susmentionnées.
- L'utilisation de mon numéro d'assurance sociale («NAS») à des fins d'identification et d'administration, si mon NAS correspond à mon numéro de certificat.

Suite à la page suivante.

3. Autorisation et consentement (suite)

Je comprends ce qui suit :

- Sauf lorsqu'il y a des restrictions contractuelles, les employés de Manuvie, les organisations autorisées, les fournisseurs de services et les réassureurs se trouvent au Canada et à l'étranger. Par conséquent, mes Renseignements personnels peuvent faire l'objet de transferts interprovinciaux ou transfrontaliers aux Fins susmentionnées et peuvent donc être assujettis aux lois de ces autres provinces, territoires ou pays.
- Une décision concernant ma demande de règlement peut être prise exclusivement en fonction du processus décisionnel automatisé qui utilise mes Renseignements personnels.
- Je peux retirer mon consentement à certaines utilisations de mes Renseignements personnels, sous réserve des restrictions légales et contractuelles. Je ne peux pas retirer mon consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation par Manuvie des Renseignements personnels nécessaires au traitement de ma demande de règlement. Le cas échéant, Manuvie peut considérer le retrait de mon consentement comme une demande d'annulation ou de résiliation de ma demande de règlement.
- J'ai le droit de consulter mes Renseignements personnels qui sont consignés aux dossiers de Manuvie, d'en vérifier l'exactitude et de demander, au besoin, que des corrections y soient apportées.

Envoyer toute demande à : **Responsable de la protection des renseignements personnels, Manuvie, C. P. 1602, Del Station 500-4-A, Waterloo (Ontario) N2J 4C6** ou à Canada_Privacy@manulife.ca.

Pour en savoir plus, je peux consulter la [Déclaration relative aux renseignements personnels pour les régimes d'assurance collective des employeurs](#) et la [Politique de protection des renseignements personnels de Manuvie – Division canadienne](#).

J'autorise Manuvie à utiliser l'adresse courriel que j'ai fournie comme moyen de communication supplémentaire au sujet de mon dossier. Je reconnais que la correspondance par courriel peut contenir des Renseignements personnels à mon sujet, y compris, mais sans s'y limiter, des renseignements sensibles comme des renseignements médicaux, professionnels et financiers. Je comprends que le courriel n'est pas encore un moyen de communication sûr. Je comprends qu'il m'incombe de mettre à jour l'adresse courriel conservée par Manuvie. Je comprends que je peux révoquer l'utilisation de mon adresse courriel en tout temps en la supprimant en ligne ou en communiquant avec Manuvie.

S'il y a lieu, j'autorise Manuvie à déposer dans le compte bancaire que j'ai indiqué dans le présent formulaire (le « Compte ») toutes les prestations qui me sont dues au titre du contrat d'assurance collective susmentionné (les « Prestations »). Je confirme que la présente autorisation de dépôt bancaire direct s'applique à l'institution financière que j'ai désignée aux présentes et à toute autre institution financière que je pourrais désigner à l'avenir, et qu'elle restera valide tant qu'elle n'a pas été révoquée par écrit par moi-même ou par mon représentant dûment autorisé.

Je comprends et j'accepte qu'après le dépôt de toutes les Prestations dans le Compte, Manuvie est entièrement libérée de toute responsabilité à l'égard de ces Prestations. Je comprends et j'accepte également que Manuvie peut, en tout temps et sans préavis, mettre fin au dépôt direct des Prestations, comme demandé dans la présente, et exiger mon approbation personnelle par écrit pour des Prestations futures. Je reconnais et j'accepte également par la présente que toutes les Prestations versées par Manuvie dans le Compte, mais auxquelles je n'ai pas droit, au titre d'un contrat ou en vertu de la loi, ne feront pas partie de mes biens et devront être immédiatement remboursées à Manuvie, par moi-même ou par les représentants de ma succession.

Je comprends que les dépenses remboursées au titre du compte de crédits-santé ne peuvent pas être utilisées aux fins de l'impôt sur le revenu. Je comprends que si le remboursement de ces dépenses a des conséquences fiscales, il m'incombent de payer ces impôts.

Veillez signer et dater ici.

Signature du participant : _____

Date (jj/mmmm/aaaa) : _____

4. Directives d'envoi

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli à l'adresse appropriée.

Si vous habitez à l'extérieur du Québec :

Assurance collective Manuvie
Règlements Soins médicaux et Soins dentaires, 500 G-B
500 King Street North
Waterloo (Ontario) N2J 4C6
Télécopieur : 519 883-5712

Si vous habitez au Québec :

Assurance collective Manuvie
Règlements Soins médicaux et Soins dentaires
2000, rue Mansfield
Montréal (Québec) H3A 2Y9
Télécopieur : 514 286-6737