

Demande pour un médicament d'exception

(Consultez la liste des médicaments couverts – page 1)

Afin que votre exception soit considérée, vous devez avoir essayé un médicament de la liste, et ce médicament doit s'être révélé inefficace, ou vous devez présenter une contre-indication au médicament.



De partout... jusqu'à vous

Veillez remplir ce formulaire pour demander la couverture d'un médicament qui n'est pas automatiquement couvert aux termes de votre régime d'assurance médicaments. **Consignez les renseignements demandés afin de permettre une évaluation rapide de votre demande.**

Veillez ne pas utiliser ce formulaire pour un médicament qui nécessite une AUTORISATION PRÉALABLE. Ces médicaments sont indiqués en **italique gras** à la page 1. Le formulaire d'autorisation préalable est disponible sur le site canadalife.com, ou en appelant la Canada Vie au 1 866 716-1313.

INFORMATION AU SUJET DU PARTICIPANT

Veillez indiquer votre numéro de régime : <input type="checkbox"/> 51391 ou <input type="checkbox"/> 162954 (employés cadres et exempts qui ont pris leur retraite depuis le 2 janvier 2011)	N° d'employé/de retraité :
Nom :	Adresse :

INFORMATION SUR LE PATIENT

Nom :	Lien de parenté :	Date de naissance :
Nom du médicament :		
Aimeriez-vous que la Canada Vie communique avec vous par téléphone lorsque la révision de votre formulaire sera terminée? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, veuillez inscrire le numéro de téléphone où l'on peut vous joindre ou laisser un message : (____)_____		
À la Canada Vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de l'admissibilité au médicament et à l'administration du régime collectif. J'autorise la Canada Vie, mon médecin ou mon fournisseur de soins, TELUS Santé, à échanger les renseignements nécessaires aux fins citées ci-dessus.		
Signature du parent/tuteur : _____ Date : _____		

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant :	Numéro de membre :
Adresse :	
Numéro de téléphone :	Numéro de télécopieur :

Information requise

Pour que le médicament soit admissible, une autre pharmacothérapie doit avoir déjà été essayée, à moins qu'il y ait contre-indication.

Quel est le problème de santé à traiter avec ce médicament?

Ce médicament est-il prescrit pour traiter un problème de santé pour lequel il est approuvé par Santé Canada? **Oui** **Non**

Le patient ou la patiente a-t-il ou a-t-elle déjà utilisé un médicament (pharmacothérapie) pour traiter ce problème de santé? **Oui** **Non**

Le cas échéant, inscrivez le **nom précis** des autres médicaments (pharmacothérapies) qui ont été utilisés pour traiter ce problème de santé.

Si aucun autre médicament (pharmacothérapie) n'a fait l'objet d'un essai, veuillez expliquer pourquoi ce médicament doit être prescrit (p. ex. contre-indication à la suite d'une réaction allergique).

Information concernant le médicament demandé

Nom du médicament :	Dose prescrite :
Signature du médecin : _____ Date : _____	

Une fois rempli, ce formulaire de Demande pour un médicament d'exception doit être retourné à la Canada Vie à l'adresse, au numéro de télécopieur ci-dessous 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.

Courrier : La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie **Télécopieur :** La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie **Par courriel :** cldrug_services@canadalife.com
Services administratifs-médicaments CP 6000 Numéroté : 1 866 239 7140 Gestion des réclamations de médicaments
Winnipeg (MB) R3C 0E6 À l'attention des gestion des réclamations de médicaments