

Pour être admissible au remboursement d'un médicament de marque, il faut présenter une preuve médicale qui indique un véritable effet indésirable. Consultez le *Formulaire de déclaration des effets indésirables de Canada Vigilance* pour connaître la définition d'un effet indésirable selon Santé Canada.

Pour que la présente demande soit traitée, veuillez remplir les cases suivantes :

À REMPLIR PAR LE PATIENT (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Nom de l'adhérent(e)	Numéro de police	Numéro d'identification
Nom du (de la) patient(e)	Lien avec l'adhérent(e) <input type="checkbox"/> Adhérent(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Personne à charge	Date de naissance du (de la) patient(e) (JJ/MM/AAAA)
Adresse		Numéro de téléphone - -
Ville	Province	Code postale

Par la présente, j'autorise les fournisseurs de soins de santé à divulguer à Croix Bleue Medavie tout renseignement médical me concernant ou concernant mes personnes à charge relativement aux demandes de règlement présentées par nous, ou en notre nom, à Croix Bleue Medavie. Je comprends que les renseignements personnels fournis dans ce formulaire, ainsi que tout autre renseignement personnel que Croix Bleue Medavie ou la Compagnie d'Assurance-Vie Croix Bleue du Canada détient ou obtiendra à l'avenir, peuvent être recueillis, utilisés ou divulgués afin d'administrer les conditions énoncées dans ma police ou dans la police collective dont je suis membre admissible, pour me recommander des produits et services et pour gérer les affaires de Croix Bleue. Selon le type de protection dont je suis titulaire, des renseignements personnels restreints peuvent être recueillis auprès d'un tiers ou divulgués à ce dernier. Ces tiers comprennent d'autres organisations de Croix Bleue, des professionnels de la santé ou des établissements de santé, des fournisseurs d'assurance maladie et d'assurance vie, des autorités gouvernementales ou des organismes de réglementation, l'adhérent à toute police à laquelle je participe, ainsi que d'autres tiers lorsqu'ils s'avèrent nécessaires pour administrer les prestations énoncées de la police dont je suis membre admissible. Je comprends que mes renseignements personnels demeureront confidentiels et qu'ils sont protégés. Il est entendu que je peux retirer mon consentement à tout moment. Cependant, dans certaines circonstances, une telle action pourrait empêcher Croix Bleue Medavie de me fournir la couverture requise. Je comprends la raison pour laquelle mes renseignements personnels sont requis et je suis conscient des risques et des avantages d'accepter ou de refuser qu'ils soient divulgués.

J'autorise la Croix Bleue à recueillir, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels tel qu'il est décrit ci-dessus.

Signature du (de la) patient(e)	Date (JJ/MM/AAAA)
---------------------------------	-------------------

Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original. Le présent document de consentement respecte les lois fédérales et provinciales en matière de protection des renseignements personnels. Pour en savoir plus sur les politiques de Croix Bleue Medavie en matière de protection des renseignements personnels, visitez le www.medavie.croixbleue.ca ou composez le 1-800-667-4511.

À REMPLIR PAR UN MÉDECIN OU UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

<input type="checkbox"/> J'ai rempli un <i>Formulaire de déclaration des effets indésirables de Canada Vigilance</i> et je l'ai envoyé à Santé Canada. <input type="checkbox"/> J'ai joint une copie du <i>Formulaire de déclaration des effets indésirables de Canada Vigilance</i> que j'ai rempli, signé et envoyé à Santé Canada.	
Signature du médecin ou du professionnel de la santé	Date (JJ/MM/AAAA)

Le traitement de votre demande pourrait être ralenti si des renseignements sont manquants ou erronés. Tous les frais engagés pour la présentation de la demande relèvent de la responsabilité du patient. Vous pouvez envoyer les demandes remplies des façons suivantes :

Au Canada atlantique et en Ontario

Télécopieur : 1-800-670-2899 (ligne confidentielle)
Courrier : Privé et confidentiel – Croix Bleue Medavie
 À l'att. de Autorisations spéciales,
 Médicaments d'ordonnance
 C. P. 220, Moncton (N.-B.) E1C 8L3

Pour le Québec

Télécopieur : 1- 514-286-7643 (ligne confidentielle)
Courrier : Privé et confidentiel – Croix Bleue Medavie
 À l'att. de Autorisations spéciales,
 Médicaments d'ordonnance
 C. P. 3300 succursale B, Montréal (Qc) H3B 4Y5

Si vous désirez connaître l'état de votre demande, veuillez communiquer avec notre Centre d'information à la clientèle au 1-800-667-4511 pour l'Ontario et au 1-888-588-1212 pour le Québec.