

Plosbrio

Le présent formulaire a pour but d'obtenir les renseignements médicaux nécessaires à l'évaluation de votre demande relative à un médicament exigeant une autorisation préalable au titre de votre régime d'assurance médicaments. Pour éviter tout retard dans le traitement de votre demande, veuillez à ce que tous les renseignements soient complets, y compris les coordonnées de la personne-ressource. Le fait de remplir ce formulaire ne garantit pas que votre demande sera approuvée. Si vous avez déjà acheté le médicament, veuillez joindre les reçus originaux ainsi qu'un formulaire Demande de règlement Assurance maladie complémentaire. Tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire sont à la charge du participant. Si vous êtes inscrit au site sécurisé des participants et avez fourni une adresse de courriel, vous recevrez un message dès que la décision concernant l'autorisation préalable sera indiquée dans votre relevé de règlement. Si vous n'êtes pas inscrit au site sécurisé des participants, la décision concernant l'autorisation préalable vous sera communiquée par la poste.

**Important : Assurez-vous de remplir et signer la version non modifiée la plus récente du formulaire. Pour télécharger la version la plus récente du formulaire d'autorisation préalable de médicaments, rendez-vous à l'adresse [www.manuvie.ca](http://www.manuvie.ca).**

| 1 – Renseignements sur le participant et le patient                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                             |       | À remplir par le participant                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Numéro de contrat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Numéro de participant/certificat            |       | Promoteur du régime                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |
| Nom du participant (prénom)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Nom du participant (nom de famille)         |       | Date de naissance (jj/mm/aaaa)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |
| Adresse du participant (numéro et rue)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Adresse (appt)                              | Ville | Province                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Code postal              |
| Nom du patient (prénom)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Nom du patient (nom de famille)             |       | Date de naissance (jj/mm/aaaa)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Lien avec le participant |
| Numéro de téléphone du patient (le jour)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Adresse de courriel du patient (facultatif) |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |
| <b>1A – Autre régime collectif</b><br>Le patient est-il couvert par une assurance médicaments d'un autre régime collectif? Si la réponse est oui, <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br><div> <div>Nom de l'autre assureur</div> <div> <div>Numéro du régime/contrat</div> <div>Numéro de certificat du participant</div> </div> </div> Ce médicament est-il couvert au titre de l'autre régime collectif? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Dans la négative, pourquoi l'autre régime collectif a-t-il refusé de payer le médicament? Veuillez joindre l'avis de refus (habituellement une lettre ou un relevé) donné par l'autre régime collectif. Nous avons besoin de cet avis de refus pour déterminer si le paiement de ce médicament peut être approuvé. S'il s'agit d'un renouvellement, un avis de refus <b>à jour</b> est requis.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                             |       | <b>1B – Assureur (suite)</b><br>Le promoteur de votre régime a-t-il récemment confié votre assurance médicaments à Manuvie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Ce médicament vous était-il remboursé par votre ancien assureur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Si oui, joindre une preuve de paiement (une copie du reçu de la pharmacie confirmant le paiement par votre ancien assureur ou un relevé de règlement de votre ancien assureur).<br>Passez à la section 7. |                          |
| <b>2 – Régime provincial</b><br>La plupart des provinces offrent à leurs résidents des programmes qui, sous une forme ou une autre, couvrent certains médicaments. Votre régime d'assurance médicaments souscrit auprès de Manuvie est un supplément à la couverture offerte par les programmes provinciaux. Il importe que vous ou votre médecin (s'il y a lieu) présentiez une demande d'adhésion au programme provincial pertinent afin d'éviter tout retard dans le remboursement de vos frais de médicaments. Consultez votre médecin ou accédez au Centre de ressources sur les régimes d'assurance médicaments provinciaux offert par Manuvie à partir du site sécurisé à l'intention des participants, à l'adresse <a href="https://www.manuvie.ca/campagne/participants.html">https://www.manuvie.ca/campagne/participants.html</a> , pour vérifier si le médicament qui vous a été prescrit est admissible à un remboursement au titre d'un programme provincial. Si le médicament qui vous a été prescrit est couvert au titre d'un programme provincial, vous devrez présenter une demande d'adhésion au programme en question avant qu'une demande de règlement puisse être traitée au titre de votre régime d'assurance médicaments souscrit auprès de Manuvie. |  |                                             |       | <b>À remplir par le participant</b><br>Une demande de couverture a-t-elle été présentée au titre du programme provincial? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br><div>Dans la négative, veuillez indiquer pourquoi.</div> La demande de couverture du patient auprès du programme provincial pour ce médicament a-t-elle été approuvée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br><div>Dans la négative, donnez les raisons du refus de la demande.</div>                               |                          |
| <b>En Ontario, dans le cas des patients admissibles à la couverture du Programme d'accès exceptionnel (PAE), si le médicament est couvert par le PAE, une copie de l'avis d'approbation ou de refus du PAE doit être envoyée avec le présent formulaire pour que Manuvie puisse effectuer l'évaluation de cette demande.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                             |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |
| <b>3 – Programmes d'aide aux patients</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                             |       | <b>À remplir par le participant</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |
| Êtes-vous inscrit au programme d'aide aux patients?<br>Si oui, veuillez fournir votre numéro d'identification au titre du programme d'aide aux patients.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                             |       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |
| Gestionnaire (prénom)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Gestionnaire (nom de famille)               |       | Téléphone                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |
| Programme d'aide aux patients                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                             |       | Courriel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                             |       | Numéro d'identification                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |

| 4 – Renseignements médicaux                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                            |       | À remplir par le médecin prescripteur                          |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------|-------------|
| Concentration et posologie du médicament                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                            |       |                                                                |             |
| Où le traitement doit-il être administré?                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                            |       |                                                                |             |
| <input type="checkbox"/> À la maison                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <input type="checkbox"/> Au cabinet du médecin             |       | <input type="checkbox"/> En clinique privée                    |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | <input type="checkbox"/> À l'hôpital – Patient hospitalisé |       | <input type="checkbox"/> À l'hôpital – En consultation externe |             |
| Le cabinet du médecin est-il situé dans un hôpital?                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                            |       |                                                                |             |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                            |       |                                                                |             |
| Le médicament sera-t-il administré au cabinet du médecin ou dans un autre service de l'hôpital? (décrire ci-dessous)                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                            |       |                                                                |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                            |       |                                                                |             |
| Si le traitement n'est pas administré à la maison, veuillez fournir les renseignements suivants :                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                            |       |                                                                |             |
| Nom de la clinique privée/de l'hôpital                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                            |       | Numéro de téléphone                                            |             |
| Adresse (numéro et rue)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Adresse (bureau)                                           | Ville | Province                                                       | Code postal |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                            |       |                                                                |             |
| Veuillez sélectionner le diagnostic pour lequel le médicament a été prescrit et répondre aux questions correspondantes.                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                            |       |                                                                |             |
| <input type="checkbox"/> <b>Diabète sucré de type 2 - Première demande</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                            |       |                                                                |             |
| Le patient est-il âgé de 18 ans ou plus?                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                            |       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non      |             |
| Le patient a-t-il reçu un diagnostic confirmé de diabète sucré de type 2?                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                            |       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non      |             |
| Le patient est-il incapable d'obtenir une maîtrise glycémique adéquate malgré un régime alimentaire, de l'exercice physique et un traitement optimisé par d'autres médicaments antidiabétiques?                                                                                                                                            |  |                                                            |       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non      |             |
| Le médicament sera-t-il utilisé comme traitement d'appoint à un régime alimentaire et à de l'exercice physique?                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                            |       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non      |             |
| Le patient répond-il à l'un des critères suivants :                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                            |       |                                                                |             |
| - Le patient utilisera le médicament en association avec la metformine;                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                            |       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non      |             |
| - Le patient présente une contre-indication ou une intolérance documentée à la metformine?                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                            |       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non      |             |
| Ce médicament est-il le seul analogue du GLP-1 prescrit et administré au patient?                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                            |       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non      |             |
| La dose restera-t-elle inférieure ou égale à 2 mg une fois par semaine?                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                            |       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non      |             |
| Le médicament est-il administré en dehors de l'hôpital?                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                            |       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non      |             |
| <i>Remarque : L'approbation des médicaments soumis à une autorisation préalable peut être limitée dans le temps. Le cas échéant, vous devrez fournir des renseignements supplémentaires à Manuvie afin d'évaluer la pertinence de prolonger la couverture. La durée de l'approbation vous sera communiquée au moment de l'approbation.</i> |  |                                                            |       |                                                                |             |
| <input type="checkbox"/> <b>Diabète sucré de type 2 - Critères et exigences de renouvellement</b>                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                            |       |                                                                |             |
| Existe-t-il des données probantes objectives documentées d'un bienfait continu (c.-à-d. une diminution du taux d'HbA1c par rapport à la valeur initiale)?                                                                                                                                                                                  |  |                                                            |       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non      |             |
| Le médicament continuera-t-il d'être utilisé comme traitement d'appoint à un régime alimentaire et à de l'exercice physique?                                                                                                                                                                                                               |  |                                                            |       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non      |             |
| Le patient répond-il à l'un des critères suivants :                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                            |       |                                                                |             |
| - Le patient utilisera le médicament en association avec la metformine;                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                            |       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non      |             |
| - Le patient présente une contre-indication ou une intolérance documentée à la metformine?                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                            |       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non      |             |
| Ce médicament est-il le seul analogue du GLP-1 prescrit et administré au patient?                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                            |       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non      |             |
| La dose restera-t-elle inférieure ou égale à 2 mg une fois par semaine?                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                            |       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non      |             |
| Le médicament est-il administré en dehors de l'hôpital?                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                            |       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non      |             |
| <input type="checkbox"/> <b>Tout autre diagnostic</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                            |       |                                                                |             |
| Veuillez indiquer le diagnostic précis de même que toute étude clinique menée au Canada qui appuie l'utilisation de ce médicament chez votre patient                                                                                                                                                                                       |  |                                                            |       |                                                                |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                            |       |                                                                |             |

| 5 – Médicaments déjà utilisés                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               |                                          | À remplir par le médecin prescripteur                                                                                                                    |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Si vous n'avez fait l'essai d'aucun autre traitement pour le diagnostic sélectionné, veuillez préciser pourquoi.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                               |                                          |                                                                                                                                                          |  |
| <input type="checkbox"/> Risque d'interaction médicamenteuse <input type="checkbox"/> Traitements contre-indiqués chez ce patient<br><input type="checkbox"/> Autre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                               |                                          |                                                                                                                                                          |  |
| Veuillez préciser les raisons médicales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                                          |                                                                                                                                                          |  |
| Veuillez indiquer ci-dessous tous les médicaments que le patient prend ou a déjà pris relativement au diagnostic sélectionné                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                               |                                          |                                                                                                                                                          |  |
| Nom du médicament                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Date de début (mm/aaaa)       | Date de fin (mm/aaaa)                    | Résultat du traitement :<br><input type="checkbox"/> Intolérance(allergie/effet indésirable)<br><input type="checkbox"/> Réponse inadéquate/non optimale |  |
| Le patient continuera-t-il à prendre ce médicament en plus de suivre le nouveau traitement?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                               |                                          | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                |  |
| Nom du médicament                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Date de début (mm/aaaa)       | Date de fin (mm/aaaa)                    | Résultat du traitement :<br><input type="checkbox"/> Intolérance(allergie/effet indésirable)<br><input type="checkbox"/> Réponse inadéquate/non optimale |  |
| Le patient continuera-t-il à prendre ce médicament en plus de suivre le nouveau traitement?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                               |                                          | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                |  |
| Nom du médicament                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Date de début (mm/aaaa)       | Date de fin (mm/aaaa)                    | Résultat du traitement :<br><input type="checkbox"/> Intolérance(allergie/effet indésirable)<br><input type="checkbox"/> Réponse inadéquate/non optimale |  |
| Le patient continuera-t-il à prendre ce médicament en plus de suivre le nouveau traitement?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                               |                                          | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                |  |
| Nom du médicament                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Date de début (mm/aaaa)       | Date de fin (mm/aaaa)                    | Résultat du traitement :<br><input type="checkbox"/> Intolérance(allergie/effet indésirable)<br><input type="checkbox"/> Réponse inadéquate/non optimale |  |
| Le patient continuera-t-il à prendre ce médicament en plus de suivre le nouveau traitement?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                               |                                          | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                |  |
| Nom du médicament                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Date de début (mm/aaaa)       | Date de fin (mm/aaaa)                    | Résultat du traitement :<br><input type="checkbox"/> Intolérance(allergie/effet indésirable)<br><input type="checkbox"/> Réponse inadéquate/non optimale |  |
| Le patient continuera-t-il à prendre ce médicament en plus de suivre le nouveau traitement?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                               |                                          | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                |  |
| 6 – Renseignements sur le médecin                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                               |                                          |                                                                                                                                                          |  |
| À remplir par le médecin prescripteur                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                               |                                          |                                                                                                                                                          |  |
| Prescripteur (prénom)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Prescripteur (nom de famille) | Numéro de permis à l'ordre professionnel | Spécialité                                                                                                                                               |  |
| Adresse (numéro et rue)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                               |                                          | Adresse (bureau)                                                                                                                                         |  |
| Ville                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Province                      | Code postal                              |                                                                                                                                                          |  |
| Numéro de téléphone                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Poste                         | Numéro de télécopieur                    |                                                                                                                                                          |  |
| Autorisation du médecin                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                               |                                          |                                                                                                                                                          |  |
| Je certifie que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont, à ma connaissance, véridiques et exacts. Les renseignements contenus dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'assurance maladie collective de Manuvie auquel pourraient avoir accès le patient ou les tiers qui en ont reçu la permission ou qui sont dûment autorisés par la loi. En fournissant ces renseignements, je consens à ce que l'information figurant dans la présente soit divulguée. |                               |                                          |                                                                                                                                                          |  |
| Signature du médecin                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                               |                                          | Date (jj/mm/aaaa)                                                                                                                                        |  |

**7 – Autorisation et signature du participant****À signer par le participant**

**Je certifie** que moi-même, mon conjoint ou ma conjointe ou les personnes à ma charge mineures ou majeures (« personnes à ma charge ») avons besoin du médicament indiqué dans ce formulaire (ou d'un médicament semblable que Manuvie propose).

**J'octroie** les autorisations suivantes :

Manuvie et/ou ses fournisseurs de services, ses réassureurs et leurs fournisseurs de services peuvent recueillir, utiliser, conserver et divulguer mes renseignements personnels liés à cette demande (« renseignements personnels ») aux fins suivantes :

- L'évaluation de la demande d'autorisation de médicaments
- La gestion de mon régime d'assurance collective
- L'évaluation et le traitement de mes demandes de règlement
- L'audit et la vérification de mes demandes de règlement
- Les programmes d'aide aux patients, le cas échéant
- D'autres fins présentées dans la Déclaration relative aux renseignements personnels pour les régimes d'assurance collective des employeurs (ensemble, les « fins »).

Toute personne ou toute organisation détenant des renseignements personnels à mon sujet nécessaires à l'évaluation par Manuvie de cette demande d'autorisation de médicaments, y compris tout professionnel de la santé, tout établissement, toute pharmacie ou tout autre établissement offrant des soins médicaux ou des services de santé, tout organisme de réglementation professionnel, tout employeur, tout administrateur de régime d'assurance collective ou d'autres programmes d'avantages sociaux, tout assureur ou tout organisme d'enquête, à recueillir, utiliser, conserver et divulguer lesdits renseignements, et à les échanger entre eux et avec Manuvie, ses réassureurs et ses fournisseurs de services, aux fins susmentionnées.

**Je comprends** ce qui suit :

- Un fournisseur de produits pharmaceutiques approuvé par Manuvie peut faire appel à moi en tant que gestionnaire de dossier pour fournir un soutien dans le cadre de ce programme. Je reconnais que la participation à ce programme est entièrement facultative. Ma décision de participer n'aura aucune incidence sur l'évaluation de ma demande.
- Si le régime de Manuvie recommande l'achat dans une pharmacie ou auprès d'un fournisseur privilégié d'un médicament nécessitant une autorisation préalable, un gestionnaire de dossiers peut communiquer avec moi, mon médecin ou le programme d'aide aux patients pour faire en sorte que mes ordonnances soient transférées à la pharmacie ou au fournisseur privilégié.
- Sauf restriction contractuelle à l'effet contraire, les employés de Manuvie, les organisations autorisées, les fournisseurs de services et les réassureurs peuvent se trouver tant au Canada qu'à l'étranger. Par conséquent, mes renseignements personnels peuvent faire l'objet de transferts interprovinciaux ou transfrontaliers aux fins susmentionnées et ainsi être assujettis aux lois de ces autres provinces, territoires ou pays.
- Je peux retirer mon consentement à certaines utilisations de mes renseignements personnels, sous réserve des restrictions prévues à la loi ou au contrat. Le cas échéant, Manuvie peut considérer le retrait de mon consentement comme une demande d'annulation ou de résiliation de ma demande de règlement.

**Je conviens** de ce qui suit :

- Une photocopie ou une version électronique de cette autorisation est valide.
- 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.
- Vous pouvez envoyer vos demandes à : Responsable de la protection des renseignements personnels, Manuvie, C. P. 1602, poste de livraison 500-4-A, Waterloo (Ontario) N2J 4C6 ou à l'adresse courriel 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](#).

**Je confirme** ce qui suit :

- Les renseignements que j'ai donnés dans cette demande sont exacts et complets.
- Par ma signature, j'autorise à recueillir, utiliser et divulguer les renseignements personnels de la personne concernée aux fins susmentionnées (selon le sens donné à ces termes plus haut) ou, encore, à procéder à leur traitement de toute autre manière, et/ou je confirme que j'ai obtenu le consentement de la personne concernée à cet effet.

Signature du participant

Date (jj/mm/aaaa)

La protection de vos renseignements personnels nous tient à cœur. Les personnes qui peuvent voir vos renseignements personnels sont :

- les employés de Manuvie qui ont besoin de les voir pour faire leur travail;
- les personnes à qui vous avez donné la permission.

Pour en savoir plus sur la politique de confidentialité de Manuvie, allez sur le site [manuvie.ca](http://manuvie.ca)

## 8 – Directives de soumission

### Site protégé à l'intention des participants

1. Ouvrez une session sur le **site protégé à l'intention des participants**.
2. Cliquez sur **Demandes de règlement**.
3. Cliquez sur **Soumettre une demande de règlement**.
4. Sous **Type de fournisseur de soins**, choisissez **Autre**.
5. Choisissez **Estimation** comme **types de demande de règlement**.

### Application Services mobiles

1. Ouvrez le **site web mobile** sur votre appareil.
2. Sélectionnez **Soumettre une réclamation**.
3. Choisissez **Estimation** comme **types de demande de règlement**.

### Courriel ou fax

Si vous habitez au Québec :  
Assurance collective Manuvie  
Règlements Soins médicaux  
Équipe chargée de l'autorisation préalable  
C. P. 2580, succ. B  
Montréal (Québec) H3B 5C6

Si vous habitez à l'extérieur du Québec :  
Assurance collective Manuvie  
Règlements Soins médicaux  
Équipe chargée de l'autorisation préalable  
P.O. Box 1653  
Waterloo (Ontario) N2J 4W1

Télécopieur : 1 855 752-0404

Télécopieur : 1 855 752-0404

Veuillez conserver une photocopie dans vos dossiers.

Manuvie, Manuvie & M stylisé, et le M stylisé sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et sont utilisés par elle, ainsi que par ses sociétés affiliées sous licence.  
© 2021 La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Tous droits réservés. Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8. manuvie.ca 1 800 268-3763