

# Demande de couverture d'un médicament à titre exceptionnel

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life, s'engage à respecter le caractère confidentiel des renseignements concernant la présente demande.

## 1 Important – À lire attentivement

Il peut parfois s'avérer médicalement nécessaire que votre médecin vous prescrive un médicament qui n'est pas couvert en partie ou en totalité, ou qui nécessite que vous fassiez exécuter l'ordonnance plus fréquemment que ce qui est admissible actuellement au titre de votre régime.

**Seuls les médicaments qui ne peuvent être achetés que sur ordonnance peuvent être couverts à titre exceptionnel.**

Pour qu'un médicament puisse être couvert, il peut s'avérer nécessaire d'avoir d'abord fait l'essai de deux médicaments de substitution couverts par votre régime.

Si vous avez déjà acheté le médicament dont vous demandez qu'il soit couvert à titre exceptionnel, veuillez annexer l'original de tous vos reçus à un formulaire ordinaire de demande de règlement de frais médicaux.

Votre demande de couverture à titre exceptionnel sera étudiée et vous serez informé par écrit de la décision et de la période pour laquelle cette décision s'applique.

À noter que le fait de remplir le présent formulaire ne garantit pas que la demande sera acceptée. Veuillez remplir le formulaire au complet, sinon il vous sera retourné. Tous les frais engagés pour l'obtention de renseignements médicaux à l'appui de la présente demande sont à votre charge.

## 2 À remplir par le participant

Veuillez faire remplir le verso par votre médecin.

### Renseignements sur le participant

Numéro de contrat	Numéro de participant	Promoteur de régime/de l'employeur		
Nom de famille		Prénom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Adresse (numéro et rue)				Appartement ou bureau
Ville			Province	Code postal
Langue de préférence pour la correspondance <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français		Téléphone (le jour)		

### Renseignements sur le demandeur

Le demandeur est la personne au nom de laquelle vous présentez la demande de règlement.

Nom de famille	Prénom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Lien avec vous <input type="checkbox"/> Participant <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Raison de la demande <input type="checkbox"/> Demande en vue d'obtenir la couverture intégrale du coût du médicament au titre de mon régime : le demandeur ne peut pas prendre le médicament équivalent le moins cher. <input type="checkbox"/> Demande en vue d'avoir droit au pourcentage de remboursement le plus élevé au titre de mon régime. <input type="checkbox"/> Demande en vue d'obtenir le remboursement des frais d'un médicament qui n'est pas couvert au titre de mon régime. <input type="checkbox"/> Demande en vue de faire couvrir les frais d'exécution d'ordonnance supplémentaires au titre de mon régime.			

Si vous présentez la demande de règlement pour votre enfant qui étudie à temps plein, veuillez fournir le nom et l'adresse de l'établissement d'enseignement qu'il fréquente, ainsi qu'une copie du document confirmant son inscription à cet établissement.

Nom de l'établissement d'enseignement		
Adresse (numéro et rue)		Appartement ou bureau
Ville		Province
Date d'effet de l'inscription (jj-mm-aaaa)	Date de fin de l'inscription (jj-mm-aaaa)	Nombre d'heures de cours par semaine

## 2 À remplir par le participant (suite)

### Coordination des prestations

Remplissez cette section si vous ou votre conjoint êtes couvert par un autre régime de garanties collectives. Présentez d'abord la demande au premier assureur du demandeur. Si le demandeur est une personne à votre charge ou votre enfant, présentez d'abord la demande de règlement au titre du régime du parent dont l'anniversaire de naissance arrive en premier dans l'année civile.

Lorsque vous recevrez le relevé indiquant l'acceptation ou le refus de la demande présentée au premier assureur, envoyez une copie du relevé et une copie des reçus au deuxième assureur pour demander le règlement de la fraction impayée des frais.

Le demandeur est-il couvert par un autre régime de garanties collectives?  Oui  Non

Si oui, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous sur le participant du régime au titre duquel le demandeur est couvert.

Nom de famille		Prénom	
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Lien	Type de couverture <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale	
Compagnie d'assurance		Numéro de contrat	Numéro de participant

Ce médicament est-il couvert au titre du régime du premier assureur?  Oui  Non

Si l'autre régime de garanties collectives est établi par la Financière Sun Life, voulez-vous que nous traitions la présente demande au titre des deux régimes?  Oui  Non

Signature du membre de la famille couvert X	Date (jj-mm-aaaa)
--	-------------------

### Aide financière et programmes provinciaux

Il se peut que votre province offre une couverture de frais de médicaments à ses résidents. Veuillez vérifier votre admissibilité au régime d'assurance-médicaments de votre province avant de présenter une demande. Recevez-vous de l'aide financière d'une autre source ou avez-vous présenté une demande d'aide financière auprès d'une autre source (ex. : programme provincial ou programme d'aide aux patients)?

Oui  Non

Si oui, de quel programme s'agit-il?
--------------------------------------

Veuillez fournir les documents attestant l'acceptation ou le refus de la demande.

### Autorisation et signature

J'atteste que les renseignements que j'ai indiqués ci-dessus sont exacts et complets.

J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires et ses fournisseurs de services à recueillir et à utiliser les renseignements nécessaires à la tarification, à la gestion administrative et à l'évaluation des demandes de règlement se rapportant au présent régime, et à les communiquer à toute personne ou à tout organisme qui possède des renseignements pertinents en ce qui a trait à la présente demande, notamment les professionnels de la santé, les établissements médicaux, les agences d'enquête, les assureurs et les réassureurs.

Je conviens que toute photocopie ou version électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature du participant X	Date (jj-mm-aaaa)
-------------------------------	-------------------

## 3 À remplir par le médecin

### Renseignements sur l'affection et le traitement

Diagnostic
Décrire les troubles médicaux pertinents

**3 À remplir par le médecin (suite)****Médicament pour lequel une exception est demandée**

Nom du médicament		
Numéro DIN		S'agit-il : <input type="checkbox"/> d'une nouvelle demande ou <input type="checkbox"/> d'une demande de renouvellement
Début du traitement (jj-mm-aaaa)	Durée prévue du traitement	Posologie
Raison de la demande d'exception : <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Effet indésirable grave <input type="checkbox"/> Échec du traitement <input type="checkbox"/> Interaction médicamenteuse <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____		
Décrire la nature, l'intensité et la gravité de la raison indiquée ci-dessus.		
Quel suivi est effectué en vue de vérifier l'efficacité et la sécurité du médicament?		
Savez-vous si d'autres médecins ou professionnels de la santé traitent ce patient et lui prescrivent des médicaments pour la même affection?		
Indiquer les autres médicaments que le patient a pris ou qu'il prend actuellement pour cette affection.		Numéro DIN
1. Nom du médicament		
2. Nom du médicament		Numéro DIN
Observations		
Nom de famille du médecin	Prénom	Numéro de téléphone
Adresse du médecin (numéro et rue)		
Ville	Province	Code postal
Signature du médecin X		Date (jj-mm-aaaa)

**Fréquence liée aux frais d'exécution d'ordonnance – Exception demandée**

Nom du médicament		
Numéro DIN		S'agit-il : <input type="checkbox"/> d'une nouvelle demande ou <input type="checkbox"/> d'une demande de renouvellement
Début du traitement (jj-mm-aaaa)		
Raison médicale justifiant la demande d'exception quant à la fréquence liée aux frais d'exécution d'ordonnance <input type="checkbox"/> Sécurité du patient <input type="checkbox"/> Suivi du traitement <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____		
Nom du médicament	Prénom	Numéro de téléphone
Adresse du médecin (numéro et rue)		
Ville	Province	Code postal
Signature du médecin X		Date (jj-mm-aaaa)

## 4 Protection des renseignements personnels

Pour le groupe Financière Sun Life, la protection de vos renseignements personnels est une priorité. Nous conservons de façon confidentielle des renseignements personnels sur vous et sur les produits et services que vous avez souscrits auprès de notre organisation, pour vous offrir des produits et services de placement, d'assurance et de retraite qui vous aideront à atteindre vos objectifs financiers à toutes les étapes de votre vie. Pour y arriver, nous devons recueillir, utiliser et transmettre vos renseignements personnels à des fins de tarification, d'administration, d'évaluation des dossiers de règlement, de protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations, ainsi qu'à des fins de conformité et d'exigences réglementaires ou contractuelles. Cela peut nous aider aussi à vous informer sur d'autres produits et services qui pourraient répondre à vos besoins en constante évolution. Les seules personnes qui ont accès à vos renseignements personnels sont nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers) et les tiers fournisseurs de services, de même que nos réassureurs. Toute personne que vous aurez autorisée pourra également avoir accès à vos renseignements personnels. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans d'autres pays. Vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, le cas échéant, nous demander par écrit d'y apporter des corrections. Pour en savoir davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez le [www.sunlife.ca/confidentialite](http://www.sunlife.ca/confidentialite).

**Des questions?** Veuillez visiter le [www.sunlife.ca](http://www.sunlife.ca) ou composer le numéro sans frais 1-800-361-6212 du lundi au vendredi entre 8 h et 20 h (heure de l'est).

### **Directives sur l'expédition** – *Veuillez conserver pour vos dossiers une copie de votre demande de règlement et des reçus présentés*

Faites parvenir le formulaire dûment rempli au Bureau des règlements le plus proche, par la poste ou par télécopieur.

Numéro de télécopieur : 1-855-342-9915

Sun Life du Canada,  
compagnie d'assurance-vie  
CP 11658 Succ CV  
Montréal QC H3C 6C1

Sun Life du Canada,  
compagnie d'assurance-vie  
CP 2010 Succ Waterloo  
Waterloo ON N2J 0A6



Si votre régime le permet et si vous disposez de l'accès nécessaire, vous pouvez utiliser la fonction «Envoyer des documents» de l'application ma Sun Life pour présenter le formulaire dûment rempli. Vous n'avez qu'à indiquer «Méd d'exception» à titre de numéro de référence.