

**Ce formulaire doit uniquement accompagner la première demande pour un lecteur de glycémie en continu.**

**Les frais exigés pour remplir le présent formulaire ou pour obtenir des renseignements médicaux ne sont pas couverts par votre régime.**

## DIRECTIVES

1. Remplissez au complet les pages 1 et 2 du présent formulaire.
2. Les parties 1 à 5 doivent être remplies par le participant de régime. Le médecin doit remplir la partie 6.
3. Veuillez joindre une estimation et en conserver une copie pour vos dossiers, car les documents originaux ne vous seront pas retournés.
4. Envoyez la présente demande au Service des indemnités prévu pour votre régime. Voir la partie 7.

### PARTIE 1 – Confirmation, autorisation et signature

J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets. J'atteste que tous les biens et services mentionnés dans la présente demande de règlement ont été reçus par moi, mon conjoint ou mes personnes à charge; et que mon conjoint ou mes personnes à charge sont admissibles aux termes de mon régime.

La soumission de demandes de règlement frauduleuses est un acte criminel. La Canada Vie prend au sérieux les cas présumés de demandes de règlement frauduleuses et elle pourrait les signaler à votre employeur ou au répondant de votre régime, ainsi qu'à l'organisme d'application de la loi pertinent.

À la Canada Vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif. J'autorise la Canada Vie, tout prestataire de soins de santé ou de soins dentaires, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout prestataire de services travaillant avec la Canada Vie, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger les renseignements personnels nécessaires aux fins précitées. Il est entendu que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

Je consens également à ce que la Canada Vie et ses sociétés affiliées utilisent mes renseignements personnels à des fins de gestion et d'analyse des données internes.

Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux prestataires de services), écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie ou rendez-vous à l'adresse [www.canadavie.com](http://www.canadavie.com).

Signature du participant de régime X \_\_\_\_\_

Date :

Jour

Mois

Année

### PARTIE 2 – Renseignements sur le participant de régime – Vous devez remplir cette section au complet. Si vous n'êtes pas certain du nom ou du numéro de votre régime, ou encore de votre numéro d'identification de participant, veuillez communiquer avec votre gestionnaire de régime.

Nom du régime \_\_\_\_\_

Numéro du régime \_\_\_\_\_

Numéro d'identification du participant \_\_\_\_\_

#### Nom du participant

Prénom \_\_\_\_\_

Nom de famille \_\_\_\_\_

#### Adresse du participant

Numéro et rue \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

#### Date de naissance :

Jour \_\_\_\_\_

Mois \_\_\_\_\_

Année \_\_\_\_\_

#### Langue de correspondance :



Français



Anglais

### PARTIE 3 – Coordination des prestations – Remplissez cette partie pour indiquer si vous ou un membre de votre famille avez droit à des prestations aux termes de tout autre régime.

1. Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations aux termes d'un autre régime collectif pour les frais présentés au titre de la demande de règlement?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous.

2. À qui appartient l'autre assurance?  Moi-même  Conjoint  Enfant

Prénom \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

3. Si le patient est un enfant à charge, indiquez la date de naissance du conjoint :

Jour \_\_\_\_\_

Mois \_\_\_\_\_

Année \_\_\_\_\_

4. Est-ce que l'autre assurance est également souscrite auprès de la Canada Vie?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer ce qui suit : Numéro du régime de la Canada Vie \_\_\_\_\_ Numéro d'identification \_\_\_\_\_

5. Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident?  Oui  Non

Dans l'affirmative, de quel type d'accident s'agit-il?  Accident de véhicule motorisé  Autre. Veuillez expliquer. \_\_\_\_\_

**PARTIE 4 – Renseignements sur le patient** – Remplir pour tous les frais; une ligne par patient.

Nom du patient Prénom / nom de famille	Lien de parenté avec le participant Moi-même    Enfant    Conjoint			Date de naissance du patient Jour    Mois    Année			S'il s'agit d'un enfant de 18 ans ou plus			Le patient vit-il avec le participant de régime? Oui    Non	
							Étudie-t-il à temps plein?		S'il travaille, combien d'heures par semaine?		
							Heures par semaine	Oui			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PARTIE 5 – Frais estimés** — Veuillez joindre une copie de votre estimation

Type de frais	Frais estimés

**Veuillez demander à votre médecin prescripteur de remplir la partie 6. Vous devez fournir ces renseignements uniquement lorsqu'il s'agit de votre première demande pour un lecteur de glycémie en continu et les fournitures s'y rattachant.**

**PARTIE 6 – Confirmation de l'admissibilité à un lecteur de glycémie en continu et aux fournitures s'y rattachant**  
(cette section doit être remplie par le médecin)

1. Prescrivez-vous au patient un appareil de surveillance du glucose en continu (appareil SCG) et/ou les fournitures s'y rattachant?  Oui  Non
2. Veuillez confirmer le diagnostic du patient  Diabète de type 1  Diabète de type 2  Autre \_\_\_\_\_
3. Le patient utilise-t-il de l'insuline pour contrôler sa glycémie?  Oui  Non

Nom et adresse du médecin : \_\_\_\_\_

Numéro d'inscription : \_\_\_\_\_

Signature du médecin : \_\_\_\_\_

Date : 

Jour
------

Mois
------

Année
-------

**PARTIE 7 – Présentation de votre demande de règlement**

Veuillez envoyer le présent formulaire au Service des indemnités indiqué ci-dessous. S'il n'y a rien d'indiqué, veuillez communiquer avec le gestionnaire de votre régime pour obtenir l'adresse.

**Questions : 1 800 957-9777**

Service des indemnités de Montréal  
Place Bonaventure  
800 rue de la Gauchetière O Bureau 5800  
Montréal QC H5A 1B9  
[www.canadavie.com](http://www.canadavie.com)



**Êtes-vous une personne sourde ou malentendante qui veut accéder à un service de relais des télécommunications? Veuillez communiquer avec nous.**

Ligne ATS vers téléphoniste : 711  
Téléphoniste vers ligne ATS : 1 800 855-0511