

## SECTION 1 - TO BE COMPLETED BY THE PLAN MEMBER AND PATIENT

**THE PATIENT IS RESPONSIBLE FOR ANY CHARGE INCURRED FOR THE COMPLETION OF THIS FORM**

Plan sponsor – Name		Plan contract number		
Plan member – Last name	First name and initial		Plan member certificate number	
Address	No.	Street	City	Province
				Postal code
Patient – Last name	First name and initial		Relationship to plan member	Date of birth (yyyy/mm/dd)

**I certify** that I, my spouse and/or my dependants of minor or major age ("Dependants"), have received all goods or services claimed and that the information provided for this claim is true and complete. **I authorize** Manulife Financial ("Manulife") to collect, use, maintain and disclose personal information relevant to this claim ("Information") for the purposes of Group Benefits plan administration, audit and the assessment, investigation and management of this claim ("Purposes"). **I am authorized** by my Dependants to disclose and receive their Information, for the Purposes. **I authorize** any person or organization with Information, including any medical and health professionals, facilities or providers, professional regulatory bodies, any employer, group plan administrator, insurer, investigative agency, and any administrators of other benefits programs to collect, use, maintain and exchange this information with each other and with Manulife, its reinsurers and/or its service providers, for the Purposes. **I authorize** the use of my Social Insurance Number ("SIN") for the purposes of identification and administration, if my SIN is used as my plan member certificate number. **I agree** a photocopy or electronic version of this authorization is valid. **I understand** that Manulife's Privacy Policy and Privacy Information Package are available at [www.manulife.ca/groupbenefits](http://www.manulife.ca/groupbenefits), or from my Plan Sponsor.

**Plan member's signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Any Information provided to or collected by Manulife in accordance with this authorization, will be kept in a Group Benefits health file. Access to your Information will be limited to:

- Manulife employees, representatives, reinsurers, and service providers in the performance of their jobs;
- Persons to whom you have granted access; and
- Persons authorized by law.

You have the right to request access to the personal information in your file, and, where appropriate, to have any inaccurate information corrected.

## SECTION 2 - TO BE COMPLETED BY ATTENDING PHYSICIAN

PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING DETAILS ABOUT THE DRUG THAT REQUIRES PRIOR AUTHORIZATION TO BE COVERED UNDER THE DRUG BENEFIT PROGRAM. UNDER THE PRIOR AUTHORIZATION PROCEDURE OF OUR DRUG PLANS, MANULIFE FINANCIAL APPROVES PAYMENT FOR CERTAIN DRUGS IF THEY MEET MANULIFE FINANCIAL'S DEFINED CRITERIA FOR PRESCRIPTION DRUG USE. BY DECLINING COVERAGE FOR A CERTAIN DRUG, MANULIFE FINANCIAL IS NOT CHALLENGING THE MEDICAL OPINION OF THE PHYSICIAN OR RENDERING A MEDICAL OPINION.

Physician – Last name		First name and initial		
Address	No.	Street	City	Province
				Postal code
Telephone number (include area code)		Fax number (include area code)		Email address
1) Drug name	DIN	Strength	Quantity	
2) What is the expected duration of therapy? _____				
3) What is the reason for this request? <input type="checkbox"/> Contraindication <input type="checkbox"/> Adverse event <input type="checkbox"/> Therapeutic failure <input type="checkbox"/> Other				
4) What is the patient's diagnosis? _____				
5) Please provide a description of the previous treatment program and its results _____				
6) For non-orally administered drugs, where will the drug be administered?				
<input type="checkbox"/> Home (Self administered) <input type="checkbox"/> Hospital (Inpatient or outpatient)				
<input type="checkbox"/> Private Clinic (Please indicate name and street address) _____				
7) Please provide any additional information that supports the use of this drug for this patient _____				

I certify that the information in this form, and any further verbal or written statement provided by me in the future, is true and complete to the best of my knowledge. The information in this statement will be kept in a Group Benefits health file with Manulife Financial and might be accessible by the patient or third parties to whom access has been granted or those authorized by law. By providing the information I consent to such unedited release of any information contained herein.

Signature of physician (in full) \_\_\_\_\_ (yyyy/mm/dd)

**NS** Group Claims Department  
**PE** PO Box 1030 Stn Central  
**NB** Halifax NS B3J 2X5  
**NL**

**QC** Group Claims Department  
 C.P. 3888 Succ. Maison de la Poste  
 Montréal QC H3B 3L7

**ON** Group Claims Department  
 PO Box 4607 Stn A  
 Toronto ON M5W 4Z3

**AB** **YT** Group Claims Department  
**MB** **NT** PO Box 2592 Stn M  
**SK** **NU** Calgary AB T2P 5P4  
**BC**

**SECTION 1 – À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT ET LE PATIENT**
**Il incombe au patient d'assumer les frais engagés pour remplir le présent formulaire.**

<b>Promoteur du régime</b> – Nom			Numéro de contrat		
<b>Participant</b> – Nom de famille		Prénom		Numéro de certificat du participant	
<b>Participant</b> – Adresse	N°	Rue	Ville	Province	Code postal
<b>Patient</b> – Nom de famille		Prénom		Lien avec le participant	
Date de naissance (aaaa/mmmm/jj)					

**Je certifie** que tous les biens et services faisant l'objet de la présente demande de règlement ont été reçus par moi-même, mon conjoint ou les personnes à ma charge mineures ou majeures (personnes à ma charge) et que les renseignements fournis sont exacts et complets. **J'autorise** la Financière Manuvie (Manuvie) à recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels relatifs à ma demande (renseignements) aux fins de la gestion du régime d'assurance collective, de vérifications et du traitement de ma demande. Les personnes à ma charge **m'autorisent** à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet lorsqu'ils sont nécessaires aux fins ci-dessus. **J'autorise** toute personne ou organisation détenant des renseignements pertinents, notamment tout professionnel de la santé ou établissement de soins de santé, autorité professionnelle, employeur, administrateur de régime ou d'autres programmes d'avantages sociaux, assureur et service d'enquête, à recueillir, utiliser, conserver – et échanger entre eux et avec Manuvie, ses réassureurs et ses prestataires de services – les renseignements nécessaires aux fins ci-dessus. Si mon numéro d'assurance sociale correspond à mon numéro de certificat, **j'autorise** son utilisation à des fins d'identification et d'administration. **Je reconnais** qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est valide. **Je comprends** que je peux obtenir de l'information sur la politique de Manuvie en matière de protection des renseignements personnels en consultant le site [www.manuvie.ca/assurancecollective](http://www.manuvie.ca/assurancecollective) ou en m'adressant au promoteur du régime.

**Signature du participant** \_\_\_\_\_ **Date (aaaa/mmmm/jj)** \_\_\_\_\_

Tous les renseignements recueillis par Manuvie conformément à la présente autorisation seront conservés dans un dossier d'assurance maladie collective. Seules les personnes suivantes auront accès à ces renseignements :

- les employés, représentants, réassureurs et prestataires de services de Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches;
- les personnes que vous avez autorisées; et
- les personnes autorisées par la loi.

Vous avez le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés à votre dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.

**SECTION 2 – À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT**

VEUILLEZ INSCRIRE LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS SUR LE MÉDICAMENT DONT LA PRISE EN CHARGE PAR LE RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS NÉCESSITE UNE AUTORISATION PRÉALABLE. SELON LA PROCÉDURE D'AUTORISATION PRÉALABLE DE NOS RÉGIMES D'ASSURANCE MÉDICAMENTS, LA FINANCIÈRE MANUVIE APPROUVERA LE REMBOURSEMENT DE CERTAINS MÉDICAMENTS S'ILS RÉPONDENT AUX CRITÈRES QU'ELLE A ÉTABLIS QUANT À L'USAGE DES MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE. EN REFUSANT LA PRISE EN CHARGE DE CERTAINS MÉDICAMENTS, LA FINANCIÈRE MANUVIE NE CHERCHE PAS À METTRE EN DOUTE L'OPINION MÉDICALE DU MÉDECIN, NI À ÉMETTRE UNE OPINION MÉDICALE.

<b>Médecin</b> – Nom de famille			Prénom		
<b>Médecin</b> – Adresse	N°	Rue	Ville	Province	Code postal

Numéro de téléphone (avec indicatif régional)		Numéro de télécopieur (avec indicatif régional)		Adresse de courriel	
1) Nom du médicament	DIN	Teneur	Quantité		

- 2) Quelle est la durée prévue de la thérapie? \_\_\_\_\_
- 3) Pour quelle raison ce médicament est-il demandé?  Contre-indication  Effet indésirable  Échec thérapeutique  Autre
- 4) Quel est le diagnostic? \_\_\_\_\_

5) Veuillez décrire le traitement précédent et ses résultats. \_\_\_\_\_

- 6) Si le médicament n'est pas administré par voie orale, où sera-t-il administré?
- À la maison (par le patient)  À l'hôpital (patient hospitalisé ou externe)
- Dans une clinique privée (Veuillez indiquer le nom et l'adresse.) \_\_\_\_\_

7) Veuillez fournir tout autre renseignement appuyant l'utilisation du médicament par le patient. \_\_\_\_\_

Je certifie que tous les renseignements fournis, y compris ceux donnés verbalement ou par écrit ultérieurement, sont à ma connaissance véridiques et complets. Les renseignements figurant dans la présente seront versés dans un dossier d'assurance maladie collective auquel pourraient avoir accès le participant, les tiers dûment autorisés ou les personnes autorisées par la loi. En fournissant ces renseignements, je consens à ce que l'information figurant dans la présente soit divulguée.

**Signature (complète) du médecin** \_\_\_\_\_ **(aaaa/mmmm/jj)** \_\_\_\_\_

<b>NS</b> Service des règlements – Assurance collective PO Box 1030 Stn Central <b>PE</b> Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2X5	<b>QC</b> Service des règlements – Assurance collective C.P. 3888, Succ. Maison de la Poste Montréal (Québec) H3B 3L7	<b>ON</b> Service des règlements – Assurance collective PO Box 4607 Stn A Toronto (Ontario) M5W 4Z3	<b>AB</b> Service des règlements – Assurance collective PO Box 2592 Stn M Calgary (Alberta) T2P 5P4	<b>YT</b> Service des règlements – Assurance collective PO Box 2592 Stn M Calgary (Alberta) T2P 5P4
---	---	---	---	---