

Madame,/Monsieur,

Au nom d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC), nous vous souhaitons la bienvenue au Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) à titre de fournisseur approuvé de services médicaux avant le départ.

L'étendue de la couverture médicale avant le départ inclut les services suivants, **s'ils sont fournis le 1^{er} avril 2017 ou après** :

- le coût des examens médicaux aux fins d'immigration (EMI) et du traitement de suivi des maladies affectant l'admissibilité (p. ex. tuberculose progressive et syphilis non traitée);
- les services et produits de gestion des éclosions de maladies transmissibles dans les camps de réfugiés;
- le soutien médical nécessaire pour voyager au Canada, comme une escorte médicale ou des appareils médicaux.

À titre d'administrateur des demandes de règlement du PFSI, Croix Bleue Medavie administre les demandes de règlement soumises par les fournisseurs et établissements de soins de santé qui fournissent des services nécessaires aux clients admissibles aux services médicaux avant le départ.

Vous trouverez dans cette trousse les **conditions générales pour les fournisseurs de services médicaux avant le départ dans le cadre du PFSI** et le **formulaire d'inscription des fournisseurs de services médicaux avant le départ**. Une copie signée des conditions générales et les renseignements sur vos versements télégraphiques DOIVENT être retournés à Croix Bleue Medavie dans les 90 jours suivants la réception de ce courriel. À défaut d'envoyer les conditions générales signées, votre statut de fournisseur approuvé sera révoqué et vous ne pourrez plus soumettre des demandes de règlement pour des services médicaux avant le départ.

Il est important d'inclure votre numéro de fournisseur sur tous les formulaires de demandes de règlement et toutes les correspondances envoyées à Croix Bleue Medavie. Si vous offrez des services à plusieurs adresses, vous obtiendrez un numéro de fournisseur distinct pour chacune d'entre elles.

REMARQUE : Vous pouvez soumettre des autorisations préalables en les joignant avec une demande de règlement par télécopieur au (001 + 1) + 506 867-3841 ou envoyez un courriel au CIC_Inquiry@medavie.bluecross.ca.

Nous attachons de l'importance à nos relations avec les professionnels de soins de santé et nous souhaitons vous remercier de votre soutien.

Nous vous encourageons à visiter la section de notre site Web « Professionnels de la santé » en tout temps au www.medavie.croixbleue.ca/professionnelsdelasante. La section « Vos ressources – IRCC » contient des renseignements utiles pour les fournisseurs que vous pouvez télécharger, notamment le **Manuel d'information aux fournisseurs de services médicaux avant le départ – PFSI**, des bulletins, des formulaires, des tableaux d'avantages, etc. Nous



vous demandons également d'aviser rapidement Croix Bleue Medavie de tout changement à vos coordonnées par l'entremise du site Web.

Si vous avez des questions ou souhaitez obtenir plus de renseignements sur le Programme de santé intérimaire (PFSI) ou sur Croix Bleue Medavie, veuillez communiquer avec Croix Bleue Medavie par courriel au CIC_Inquiry@medavie.bluecross.ca.

Sincères salutations,
Service de relations avec les fournisseurs



Les conditions générales suivantes s'appliquent à tous les fournisseurs approuvés de services médicaux avant le départ, qui offrent des services aux clients du PFSI et qui acceptent les paiements, soit directement ou par l'entremise d'un agent de facturation tiers, de la part de Croix Bleue Medavie pour des demandes de règlement soumises pour services rendus.

1. Afin d'être enregistrés auprès de Croix Bleue Medavie, les fournisseurs doivent être et demeurer qualifiés et autorisés à fournir des services en vertu des lignes directrices convenues par leur organisme d'attribution des permis (là où elles s'appliquent), telles qu'elles sont reconnues ou autorisées par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC), afin d'offrir des services ou produits admissibles aux clients outre-mer du PFSI.
2. Les fournisseurs doivent vérifier l'admissibilité de chaque client du PFSI avant que les services soient rendus.
3. La soumission de demandes de règlement à Croix Bleue Medavie, que ce soit par télécopieur ou courriel, doit être effectuée conformément à ces conditions générales, aux directives de soumission des demandes de règlement et à toutes les autres procédures indiquées dans le Manuel d'information à l'intention des fournisseurs de service médicaux avant le départ.
4. Croix Bleue Medavie a le droit de vérifier les données et la documentation des fournisseurs en relation avec les demandes de règlement, aux fins d'administration du PFSI.
5. Tous les renseignements personnels concernant un client recueillis par les fournisseurs sont confidentiels et ne peuvent pas être utilisés ou divulgués à des fins autres que pour l'administration du PFSI, sans l'approbation du client, à moins que ce soit aux termes de la Loi sur la protection des renseignements personnels.
6. Croix Bleue Medavie peut publier les coordonnées des fournisseurs sur une liste des fournisseurs de services du PFSI sur le site Web et dans des publications du PFSI afin de faire connaître les services des fournisseurs aux clients, à moins d'avis contraire du fournisseur par écrit. Croix Bleue Medavie peut aussi communiquer ces renseignements avec des tierces parties dans le but de faire un sondage pour mesurer la satisfaction relativement aux services du PFSI de Croix Bleue Medavie.
7. Les fournisseurs qui s'inscrivent pour devenir des fournisseurs approuvés du PFSI doivent lire et accepter les conditions générales. Les fournisseurs qui s'inscrivent par courriel, par télécopieur ou en soumettant une première demande de règlement recevront une copie des conditions générales à la suite de l'approbation. Le document d'acceptation des conditions générales (pour chaque bureau, le cas échéant) DOIT être retourné à Croix Bleue Medavie dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours après que les fournisseurs ont été approuvés pour le PFSI. Si ces derniers ne retournent pas le document, ils perdront leur statut de fournisseur approuvé.

J'ai lu et j'ai compris les conditions générales ci-dessus.

Nom du fournisseur (en caractère d'imprimerie) : _____

Signature du fournisseur : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR

Nom du fournisseur : _____

Nom de l'entreprise : _____

Adresse de l'entreprise :

Numéro, nom de la rue : _____

Ville : _____ Pays : _____ Code postal/Zip : _____

Adresse Courriel : _____ N° de télécopieur : _____

Numéro d'identification de fournisseur de Croix Bleue Medavie : _____

Nom de l'association/organisme de réglementation (le cas échéant) : _____

Numéro de permis/d'enregistrement (le cas échéant) : _____



1. RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR (Veuillez écrire en caractères d'imprimerie)

Nom du fournisseur : _____

Nom de l'entreprise : _____

Adresse de l'entreprise

Nom de la rue et numéro : _____

Ville : _____ Pays : _____ Code postal/Zip : _____

Numéro de téléphone : _____ Numéro de fax : _____

Adresse courriel : _____ Langue préférée : Français Anglais

Personne-ressource (si différente de celle mentionnée ci-haut) : _____

Autre adresse de l'entreprise (s'il y a lieu)

Nom de la rue et numéro : _____

Ville : _____ Pays : _____ Code postal/Zip : _____

Adress courriel : _____

2. TYPE DE FOURNISSEUR/SPÉCIALITÉ (Veuillez écrire en caractères d'imprimerie)

Type de fournisseur (ex. médecin désigné/radiologiste désigné/spécialité) : _____

Numéro du spécialiste désigné (le cas échéant) : _____

N° d'identification de fournisseur de Croix Bleue Medavie (le cas échéant) : _____

Nom de l'association/l'organisme de réglementation (le cas échéant) : _____

N° de permis/d'enregistrement : _____ Pays de l'enregistrement : _____

3. COMMENTAIRES/RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES (Veuillez écrire en caractères d'imprimerie)

4. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX VERSEMENTS TÉLÉGRAPHIQUES AVANT LE DÉPART

Nom du titulaire du compte : _____

Adresse : _____

Pays : _____

Banque du titulaire du compte : _____

Adresse : _____

N° du compte : _____

Code swift du titulaire du compte/N° de transit et N° de l'institution ou N° de l'ABA : _____

Directives supplémentaires :

Vous devez vous assurer que tous les renseignements, incluant les numéros de compte, sont exacts. Croix Bleue Medavie peut effectuer un paiement en se fondant seulement sur le numéro de compte ou d'autres numéros d'identification. Croix Bleue Medavie ou une banque intermédiaire peut envoyer un paiement à une banque intermédiaire ou à votre banque en se fondant seulement sur le numéro d'identification de la banque. Croix Bleue Medavie peut le faire même si le nom auquel est associé le versement télégraphique n'est pas le même que celui du compte ou que d'autres numéros d'identification, pourvu que Croix Bleue Medavie ne soit pas au courant de l'incohérence. Croix Bleue Medavie, ni toutes autres banques intermédiaires n'ont le devoir de déterminer si le numéro et le nom sur une demande correspondent.

Le formulaire d'inscription aux services médicaux avant le départ dûment rempli peut être soumis
par courriel au : fournisseur@medavie.croixbleue.ca
OU
par télécopieur au : (001 + 1) + 506-867-3841



MC Le symbole et le nom Croix Bleue sont des marques de commerce déposées de l'Association canadienne des Croix Bleues (ACCB), utilisées sous autorisation avec permis de Croix Bleue Medavie, un titulaire de licence indépendant de l'ACCB.