



PROGRAMME FÉDÉRAL DE SANTÉ INTÉrimAIRE - CERTIFICAT D'ADMISSIBILITÉ

Nom de famille :



Prénom(s) :

Date de naissance : (aaaa/mm/jj)

UCI :

Sexe :



Citoyenneté :

N° de demande :

*****NON VALIDE AUX FINS DE VOYAGE*** / ***NE CONFÈRE AUCUN STATUT*****

En date du (aaaa/mm/jj), vous êtes admissible à la couverture des coûts de soins de santé offerte par le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI). La durée de votre couverture est basée sur votre statut d'immigrant. Pour plus de détails, veuillez consulter la page Web du PFSI au www.canada.ca/pfsi

Il importe que vous sachiez que cette protection peut être annulée sans préavis si votre statut d'immigrant change. Ainsi, à chacune de vos visites, les fournisseurs de soins de santé participants doivent confirmer votre admissibilité à la couverture auprès de l'administrateur du PFSI avant de prodiguer les soins.

Vous devez présenter ce certificat d'admissibilité, accompagné d'une pièce d'identité avec photo délivrée par le gouvernement, au fournisseur de soins de santé avant de recevoir des services. Le fournisseur pourra ainsi communiquer avec l'administrateur du PFSI pour confirmer que vous êtes bien admissible au service ou au produit demandé aux termes du PFSI.

Si vous payez pour des services couverts par le PFSI, vous ne pourrez pas être remboursé.

Je, soussigné(e) :

- déclarer avoir besoin de la protection sous le PFSI. J'informerai immédiatement Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) de tout changement quant à mon statut d'immigrant ou si je deviens admissible à un autre régime d'assurance-santé;

- comprendre que mes renseignements de nature médicale et personnelle seront communiqués à IRCC, à l'administrateur des demandes de règlement du PFSI et aux tierces parties appropriées aux fins de l'administration du PFSI. Mes renseignements personnels pourraient être communiqués à d'autres institutions gouvernementales ou tierces parties en conformité avec la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et la *Loi sur le ministère de la Citoyenneté et de l'immigration*.

Signature du titulaire

Date (aaaa/mm/jj)

NOTE POUR LES FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ :

Les fournisseurs au Canada **DOIVENT** vérifier l'admissibilité de la personne **AUPRÈS** de l'administrateur de PFSI AVANT de fournir des services. Il est possible de communiquer avec Croix Bleue Medavie par téléphone au 1-888-614-1880, par télécopieur au 506-867-4651 ou par l'entremise de son site Web au <https://fournisseur.medavie.croixbleue.ca>

Les fournisseurs à l'étranger peuvent vérifier l'admissibilité de la personne en acheminant un courriel à Croix Bleue Medavie à l'adresse suivante : CIC_Inquiry@medavie.bluecross.ca

ID de client :

Date de naissance :

(yyyy/mm/dd)

Nom de famille :

Prénom(s) :