

# Vos prestations pour soins de santé en toute quiétude.

À titre de membre ou retraités de **AFPC** un groupe de la **Atlantic Canada Health Care Coalition Society (ACHCCS)**, vous êtes admissible aux prestations privilégiées **d'assurance médicaments complémentaire du Vivanta**. Nous sommes heureux de proposer aux participants cette excellente occasion d'économiser et de leur offrir un rapport qualité-prix supérieur en tout temps.



## Commencez à économiser!



**Avec le programme d'assurance médicaments du Vivanta**, vous et vos personnes à charge admissibles avez droit à une couverture allant jusqu'à **3 \$\*** par ordonnance exécutée dans une pharmacie du réseau de fournisseurs privilégiés du Vivanta. Selon votre type de programme, cette couverture est administrée au point de vente (c.-à-d. en ligne à la pharmacie) ou par votre régime.

\*Selon l'atteinte des cibles annuelles de part de marché, la couverture peut atteindre 5 \$.



Profitez d'économies exceptionnelles\* sur la plupart de vos achats chez Lawtons Drugs avec votre carte de rabais partenaire.\*\*

\*Certaines exclusions s'appliquent

\*\*offert aux membres du Canada atlantique seulement



De plus, vous pouvez accumuler des **récompenses Scene+** lors de vos achats.‡

‡ Là où la loi le permet; certaines restrictions s'appliquent.

**Inscrivez-vous  
et recevez votre offre  
exclusive à  
[vivantahealth.ca/enroll](http://vivantahealth.ca/enroll):**

NOM DU GROUPE : **AFPC**  
MOT DE PASSE DU GROUPE : **AFPC69071**

**Pour en savoir plus, composez le  
1.888.686.6427**



## Pharmacies membres du réseau de fournisseurs privilégiés du Vivanta :



Retournez ce formulaire signé à Vivanta/MHCSI par courriel à [admin@vivantahealth.ca](mailto:admin@vivantahealth.ca), par télécopieur au 902-481-7114 ou par courrier au 1-535 rue Portland, Dartmouth (Nouvelle-Écosse), B2Y 4B1

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU PROGRAMME DE PRESTATIONS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS COMPLÉMENTAIRE DE VIVANTA/MHCSI

VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT EN LETTRES MOULÉES.

|                                                                                         |                                                                                           |                                     |  |                                       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| Nom de famille                                                                          |                                                                                           | Prénom                              |  | Deuxième nom/autres noms (facultatif) |  |
| Sexe à la naissance<br>Homme <input type="checkbox"/><br>Femme <input type="checkbox"/> | Couverture<br>Familiale <input type="checkbox"/><br>Individuelle <input type="checkbox"/> | Date de naissance<br>JJ   MM   AAAA |  |                                       |  |

### PROTECTION FAMILIALE : ÉNUMÉREZ TOUTES VOS PERSONNES À CHARGE CI-DESSOUS

#### COUVERTURE DU CONJOINT

| Prénom | Nom de famille | Date de naissance<br>MM   JJ   AAAA | Âge | Sexe à la naissance<br>H ou F |  |
|--------|----------------|-------------------------------------|-----|-------------------------------|--|
|        |                |                                     |     |                               |  |

#### COUVERTURE DES PERSONNES À CHARGE

| Prénom | Nom de famille | Date de naissance<br>MM   JJ   AAAA | Âge | Sexe à la naissance<br>H ou F | Code<br>de relation |
|--------|----------------|-------------------------------------|-----|-------------------------------|---------------------|
|        |                |                                     |     |                               |                     |
|        |                |                                     |     |                               |                     |
|        |                |                                     |     |                               |                     |
|        |                |                                     |     |                               |                     |

CODES DE RELATION : 2 – ENFANT MINEUR; 4 – PERSONNE À CHARGE HANDICAPÉE; 9 – ÉTUDIANT À CHARGE

#### ADRESSE

|          |             |           |
|----------|-------------|-----------|
| Adresse  |             |           |
| Ville    |             |           |
| Province | Code postal | Téléphone |

Souhaitez-vous recevoir des courriels concernant ce programme, y compris des informations intéressantes sur les services et les offres exclusives du Vivanta/MHCSI?

☐ Oui; veuillez fournir votre adresse courriel \_\_\_\_\_  
☐ Non

Nom du groupe : **PCAC ATLANTIC/AFPC ATLANTIQUE**

|                                   |                          |                                                                   |
|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Numéro du groupe<br>37593-001-003 | Date d'entrée en vigueur | Numéro de client ou de famille (attribué par le<br>Vivanta/MHCSI) |
|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|

J'affirme que les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques au mieux de ma connaissance. Toute photocopie de cette autorisation est aussi valide que l'original. Je consens à ce que le gestionnaire des prestations ou l'agent d'indemnisation recueille et utilise mes renseignements personnels pour maintenir mon dossier d'admissibilité, traiter le paiement de mes demandes de prestations de santé conformément au régime d'avantages sociaux, et me fournir des renseignements sur les services et les offres du Vivanta/MHCSI qui pourraient m'intéresser. Je comprends que mes renseignements personnels pourraient être divulgués par le Vivanta/MHCSI à des fournisseurs de services pharmaceutiques ou à d'autres professionnels de la santé, par exemple un médecin prescripteur, afin de faire le suivi de l'utilisation et de permettre une gestion sécuritaire et appropriée de ma santé. Je comprends que je peux consulter en tout temps la politique de confidentialité. Par la présente, je consens également aux conditions précédentes au nom des personnes à charge indiquées ci-dessus. Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps en écrivant à l'adresse [admin@vivantahealth.ca](mailto:admin@vivantahealth.ca) et, ce faisant, que je ne pourrai plus obtenir de prestations de santé du Vivanta/MHCSI.

Signature du membre : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature du conjoint : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

(SI LE CONJOINT PARTICIPE AUSSI AU RÉGIME)