

# Formulaire de demande de règlement pour médicaments de plus de 9 999,99 \$

N° groupe ou  
N° police [ \_\_\_\_\_ ]

N° adhérent ou  
N° certificat [ \_\_\_\_\_ ]

N° assureur [ \_\_\_\_\_ ]



Nom [ \_\_\_\_\_ ]

Prénom [ \_\_\_\_\_ ]

Initiales du patient	Lien parenté	Date naissance			DIN	Quantité	Jours approv.	N° ordonnance	Date délivrance			Honoraires professionnels	Montant brut	Montant déjà payé (CDP)
		JJ	MM	AA					JJ	MM	AA			

<p><b>Coord. régime prov.</b> <input type="checkbox"/>    <b>Coord. régime privé</b> <input type="checkbox"/>    <b>Code APhC</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Commentaires : (détails sur les préparations magistrales, etc.) _____</p> <hr/> <p>J'atteste par la présente que les médicaments indiqués sur cette demande de règlement ont été délivrés aux personnes indiquées ci-dessus. Le patient a compris que les renseignements fournis sur ce formulaire peuvent être transmis à un autre régime d'avantages sociaux aux fins de traitement et de remboursement.</p> <p>_____ Signature du pharmacien :</p>	<p><b>Express Scripts Canada</b> 5770, rue Hurontario, 10<sup>e</sup> étage Mississauga, ON L5R 3G5</p> <p><b>Télécopieur sans frais : 1 844 744-8433</b></p>
<p><b>Numéro, nom et adresse de la pharmacie</b></p>	

<p><b>Codes de lien de parenté</b></p> <p><b>0</b> - Titulaire de carte <b>1</b> - Conjoint <b>2</b> - Enfant (mineur) <b>3</b> - Enfant (majeur) <b>4</b> - Personne à charge invalide</p>	<p><b>NOTA :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Veuillez indiquer les paramètres n° d'assureur, n° de groupe, n° de certificat tels qu'ils figurent dans les champs correspondants de la carte d'Express Scripts Canada.</li> <li>2) Assurez-vous d'indiquer au complet le numéro de la pharmacie attribué par Express Scripts Canada, ainsi que l'adresse de votre pharmacie, sur le formulaire.</li> <li>3) Veuillez remplir <b>toutes</b> les sections du formulaire.</li> </ol>
---	--