

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			

Numéro, nom et adresse de la pharmacie	Coord. régime prov. ☐ Coord. régime privé ☐ Code APhC ☐	Express Scripts Canada 6985, Financial Drive, bureau 300 Mississauga, ON L5N 0G3 Télécopieur sans frais : 1 844 744-8433
	Commentaires : (détails sur les préparations magistrales, etc.) _____	
	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.	
Signature du pharmacien : _____		

Codes de lien de parenté 0 - Titulaire de carte 1 - Conjoint 2 - Enfant (mineur) 3 - Enfant (majeur) 4 - Personne à charge invalide	NOTA : 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. 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. 3) Veuillez remplir toutes les sections du formulaire.
--	--