



Envoyer les demandes par télécopieur au 905-949-3029

OU envoyer les demandes par la poste à : SécurIndemité Inc., bureau 620, 1, City Centre Drive, Mississauga (Ontario), L5B 1M2

OU envoyer un courriel à coveragenavigation@claimsecure.com

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT			
Nom du patient	Numéro du groupe	Numéro de certificat	Lien de parenté avec le participant au régime : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Autre
Adresse municipale			Ville
Province	Code postal		Date de naissance du patient (AAAA/MM/JJ)
Numéro de téléphone Domicile		Travail / Cellulaire	Le meilleur moment pour le joindre <input type="checkbox"/> le matin (de 8 h 30 à 12 h) <input type="checkbox"/> l'après-midi (de 12 h à 17 h)
Adresse de courriel			
MÉDICAMENT DEMANDÉ			
Nom du produit	Concentration	Posologie	
Diagnostic			
RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN			
Nom du médecin			
Numéro de téléphone		Numéro de télécopieur	
PROGRAMME D'AIDE AUX PATIENTS (à remplir par le participant s'il y a lieu)			
Êtes-vous inscrit à un programme d'aide aux patients pour le médicament prescrit? <input type="checkbox"/> OUI ou <input type="checkbox"/> NON			
Si oui, veuillez préciser :			
a) N° de cas/dossier : _____			
b) Coordonnées de l'agent chargé du cas - Nom : _____ Téléphone : _____			
RÉGIME DU CONJOINT (à remplir par le participant s'il y a lieu)			
Certaines de vos prestations d'assurance médicaments sont-elles coordonnées avec le régime de votre conjoint? <input type="checkbox"/>			
OUI ou <input type="checkbox"/> NON			
CONSENTEMENT			
Par la présente, j'autorise :			
1. La collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels pour SécurIndemité et tout médecin, établissement de soins de santé, hôpital et gouvernement, et toute clinique, installation médicale, compagnie d'assurance, tierce partie et entreprise d'administration des programmes d'aide aux patients, à la seule fin d'obtenir une couverture pour médicaments.			
2. SécurIndemité communiquera avec moi ou avec d'autres parties, en mon nom, pour répondre aux besoins susmentionnés.			
J'assume la responsabilité de tous les coûts liés à une tierce partie, qui doivent être défrayés pour pouvoir remplir les formulaires aux fins susmentionnées. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.			
Signature		Date (AAAA/MM/JJ)	