

Requête d'ajustement au compte

N° d'identification : _____ Personne-ressource : _____
(en lettres majuscules)

Nom de la pharmacie : _____ N° de téléphone : _____

Ordonnance à annuler N° 1

N° Rx : _____

Date Rx : _____

DIN: _____

Montant payé par l'assureur: _____ \$

Raison: _____

N° de carte à
dix-huit chiffres : _____
(Compagnie d'assurance, groupe, certificat)

Ordonnance à annuler N° 2

N° Rx : _____

Date Rx : _____

DIN: _____

Montant payé par l'assureur: _____ \$

Raison: _____

N° de carte à
dix-huit chiffres : _____
(Compagnie d'assurance, groupe, certificat)

Ordonnance à annuler N° 3

N° Rx : _____

Date Rx : _____

DIN: _____

Montant payé par l'assureur: _____ \$

Raison: _____

N° de carte à
dix-huit chiffres : _____
(Compagnie d'assurance, groupe, certificat)

Ordonnance à annuler N° 4

N° Rx : _____

Date Rx : _____

DIN: _____

Montant payé par l'assureur: _____ \$

Raison: _____

N° de carte à
dix-huit chiffres : _____
(Compagnie d'assurance, groupe, certificat)

Envoyer par télécopieur au 1-877-570-5861 - à l'attention du « service Audit »

En signant ce document, vous autorisez aussi TELUS à utiliser votre numéro d'identification actuel pour les annulations de prestations ayant été traitées avec un numéro d'identification maintenant désactivé.

Date de la requête : _____ Signature: _____

Imprimer