

# 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**