

Requête d'ajustement au compte

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

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

<p>Ordonnance à annuler N° 1</p> <p>N° Rx : _____</p> <p>Date Rx : _____</p> <p>DIN: _____</p> <p>Montant payé par l'assureur: _____ \$</p> <p>Raison: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>N° de carte à dix-huit chiffres : _____ (Compagnie d'assurance, groupe, certificat)</p>	<p>Ordonnance à annuler N° 2</p> <p>N° Rx : _____</p> <p>Date Rx : _____</p> <p>DIN: _____</p> <p>Montant payé par l'assureur: _____ \$</p> <p>Raison: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>N° de carte à dix-huit chiffres : _____ (Compagnie d'assurance, groupe, certificat)</p>
<p>Ordonnance à annuler N° 3</p> <p>N° Rx : _____</p> <p>Date Rx : _____</p> <p>DIN: _____</p> <p>Montant payé par l'assureur: _____ \$</p> <p>Raison: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>N° de carte à dix-huit chiffres : _____ (Compagnie d'assurance, groupe, certificat)</p>	<p>Ordonnance à annuler N° 4</p> <p>N° Rx : _____</p> <p>Date Rx : _____</p> <p>DIN: _____</p> <p>Montant payé par l'assureur: _____ \$</p> <p>Raison: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>N° de carte à dix-huit chiffres : _____ (Compagnie d'assurance, groupe, certificat)</p>

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