

Programme d'assistance pour le remboursement d'une pompe Cozmo FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Le programme d'assistance pour le remboursement d'une pompe Cozmo est commandité par Auto Control Médical. Ce programme fournit aux patients, à qui une pompe à insuline Deltec Cozmo a été prescrite, les renseignements et l'assistance nécessaires à un remboursement. Veuillez remplir le formulaire en entier et être aussi précis que possible. Les renseignements que vous indiquez sur ce formulaire seront gardés confidentiels et ne seront pas communiqués à des tiers non autorisés sans que nous vous en ayons fait part et sans votre consentement. Si un renseignement ne s'applique pas à votre cas, veuillez inscrire S/O (sans objet) sur la ligne en question.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient : _____

Date de naissance (mm/jj/aa) : _____

Sexe : Homme ___ Femme ___

Adresse : _____

Ville : _____

Province : _____

Code postal : _____

N° de téléphone : (_____) _____

RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE MÉDECIN

Adresse : _____

Ville : _____

Province : _____

Code postal : _____

N° de téléphone : (_____) _____

N° de télécopieur : (_____) _____

RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE ASSURANCE

Assurance principale (du patient ou du tuteur)

Nom de l'assureur : _____

N° de téléphone : (_____) _____

Nom de l'assuré : _____

N° de police ou de régime : _____

N° d'identification ou de certificat : _____

Renseignements sur l'employeur de l'assuré

Nom de l'employeur : _____

N° de téléphone de l'employeur : (_____) _____

Personne-ressource : _____

Assurance secondaire (ex : conjoint ou conjointe)

Nom de l'assureur : _____

N° de téléphone : (_____) _____

Nom de l'assuré : _____

N° de police ou de régime : _____

N° d'identification ou de certificat : _____

Renseignements sur l'employeur de l'assuré

Nom de l'employeur : _____

N° de téléphone de l'employeur : (_____) _____

Personne-ressource : _____

CONSENTEMENT ET SIGNATURE DU PATIENT

J'ai vérifié les renseignements inscrits sur ce formulaire et je déclare qu'ils sont exacts et complets. Je comprends que Auto Control Médical se réserve le droit, en tout temps et sans préavis, de modifier ou d'annuler le Programme d'assistance pour le remboursement d'une pompe Cozmo (le « Programme »). J'autorise les agents du Programme à obtenir des renseignements médicaux et personnels (les « Renseignements ») auprès du médecin à l'origine de la prescription, du pharmacien, du préposé aux soins, de l'assureur, de l'organisme gouvernemental, de l'employeur ou de toute autre source (les « Parties ») tel que jugé nécessaire pour assurer l'exactitude et l'intégralité de cette demande. J'autorise le Programme à partager ces renseignements avec les Parties de la façon jugée nécessaire par les agents du Programme dans le but d'offrir le service d'assistance et de coordination nécessaire au remboursement en vertu de ce Programme.

Signature du demandeur ou du titulaire : _____

Nom en caractère d'imprimerie : _____

Date (mm/jj/aa): _____

