

Formulaire d'inscription au programme *My Meds by Mail*

Programme <i>My Meds by Mail</i> géré par Metro Pharmacy: 20 Church Avenue, North York, ON M2N 0B7	Numéro de téléphone :	Sans frais : 1-855-382-1613
	Numéro de télécopieur :	Sans frais : 1-855-821-0950

Veuillez noter : tout participant doit remettre une copie signée des Modalités du programme *My Meds by Mail*

Nom	Prénom	Date de naissance (J/M/A)	Sexe Homme/Femme
Adresse postale		Ville	Code postal
No de tél. à domicile () -	No de cellulaire () -	Numéro de tél. au travail () -	No de tél. le jour () -
Allergies médicamenteuses		Informations relatives aux assurances	
Avez-vous des allergies médicamenteuses? Oui / Non		Comment se fait la demande de remboursement? (Choisir une réponse)	
Si oui, indiquez la nature de la réaction		1) La pharmacie la soumet en ligne.	2) Vous la soumettez après avoir payé.
Médicament	Réaction (ex. urticaire, rash)	Nom du titulaire de la carte	Prénom du titulaire de la carte
1)		Assureur (ex. ESI, GS)	Numéro d'identification du titulaire
2)			
3)		Numéro de groupe (numéro de contrat/police)	Numéro de certificat
4)			
5)			
Demande de prise de contact avec le médecin		Demande de transfert d'ordonnance	
Voulez-vous qu'on communique avec votre médecin pour les renouvellements d'ordonnance? Oui / Non		Voulez-vous qu'on communique avec votre pharmacie actuelle pour faire transférer vos ordonnances? Oui / Non	
Nom du médecin		Nom de la pharmacie	
No de tél. du médecin	() -	No de tél. de la pharmacie	()
No de téléc. du médecin	() -	No de téléc. de la pharm.	()
Médicaments à renouveler	1)	Médicaments à transférer	1)
	2)		2)
	3)		3)
	4)		4)
Voulez-vous vous inscrire au Programme de rappel de renouvellement?		Oui / Non	