


CANADA

Ce formulaire est aussi accessible en ligne à tandemdiabetes.ca

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT	NOM DU PATIENT (PRÉNOM, NOM)		
	ADRESSE		SEXE ☐ Homme ☐ Femme ☐ Refuse de répondre
	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL DATE DE NAISSANCE (AAAA/MM/JJ)
	COURRIEL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE RÉSIDENTIEL NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE	
	NOM DU PARENT/TUTEUR LÉGAL (MINEUR)	MODE DE COMMUNICATION PRIVILÉGIÉ ☐ Téléphone ☐ Courriel MEILLEUR MOMENT POUR APPELER ☐ Avant-midi ☐ Après-midi	
	PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (PRÉNOM, NOM)	LIEN	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE LA PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

RENSEIGNEMENTS SUR LE PRESCRIPTEUR	NOM DU PRESCRIPTEUR		SPÉCIALITÉ
	ADRESSE DU BUREAU		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR
	CENTRE D'ENSEIGNEMENT SUR LE DIABÈTE		NOM DE LA PERSONNE À CONTACTER AU BUREAU

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE (REMPLISSEZ TOUTES LES CASES PERTINENTES)	↓ ASSURANCE PRINCIPALE [pour accélérer le processus, veuillez fournir une copie de votre carte d'assurance (recto et verso)]. ↓		
	NOM DE L' ASSURANCE		
	ADRESSE POSTALE DU SERVICE DES RÉCLAMATIONS		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR
	NUMÉRO DE MEMBRE	NUMÉRO DE POLICE IDENTIFIANT POSPH	
	NOM DU TITULAIRE DE POLICE (PRÉNOM, NOM)		DATE DE NAISSANCE DU TITULAIRE DE POLICE (AAAA/MM/JJ)
	LIEN AVEC LE PATIENT ☐ Vous-même ☐ Conjoint(e) ☐ Parent ☐ Tuteur		
	↓ ASSURANCE SECONDAIRE [pour accélérer le processus, veuillez fournir une copie de votre carte d'assurance (recto et verso)]. ↓		
	NOM DE L' ASSURANCE		
	ADRESSE POSTALE DU SERVICE DES RÉCLAMATIONS		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR
	NUMÉRO DE MEMBRE	NUMÉRO DE POLICE IDENTIFIANT POSPH	
NOM DU TITULAIRE DE POLICE AUTRE QUE CI-DESSUS (PRÉNOM, NOM)		DATE DE NAISSANCE DU TITULAIRE DE POLICE (AAAA/MM/JJ)	
LIEN AVEC LE PATIENT ☐ Vous-même ☐ Conjoint(e) ☐ Parent ☐ Tuteur			

Consentement à l'utilisation des renseignements et cession des prestations d'assurance

Je soussigné(e), _____ (NOM COMPLET DU PATIENT EN MAJUSCULES), consens expressément à ce que Tandem Diabetes Care Canada, Inc. (« Tandem ») recueille les données personnelles fournies sur ce formulaire, et consens à leur utilisation par Tandem, mon équipe médicale, mon ou mes assureurs ou mon payeur provincial et les distributeurs autorisés (ex. Bayshore Specialty Rx Ltd. LMC Pharmacy), ainsi qu'à leur divulgation à ces entités, aux fins de confirmer mon admissibilité, de vérifier ma couverture d'assurance et de traiter mes demandes de remboursement des produits Tandem. Je reconnais avoir lu et compris l'Avis de confidentialité sur le site tandemdiabetes.com/fr-ca/privacy/privacy-policy ou tandemdiabetes.com/en-ca/privacy/privacy-policy. Je consens à ce que Tandem et ses distributeurs autorisés me contacte à l'adresse de courriel, au numéro de téléphone ou à l'adresse postale fournis ci-dessus en ce qui concerne des produits actuels ou futurs qui pourraient m'intéresser ou pour mener des sondages sur les produits et services de Tandem. Je comprends et accepte que tous les renseignements fournis à Tandem peuvent être conservés et traités dans tout pays où Tandem ou ses prestataires de services exercent des activités et je consens au transfert des renseignements personnels identifiables me concernant dans des pays étrangers que mon pays de résidence. Je comprends qu'en acceptant des produits de Tandem, j'assume la responsabilité de toute franchise, toute quote-part ou tout solde non couvert par mon assurance ou mon régime provincial. Le cas échéant, j'autorise Tandem ou son distributeur autorisé à soumettre des demandes de remboursement à mon assureur ou à mon payeur provincial en mon nom et j'autorise Tandem et ses distributeurs autorisés à partager de l'information à propos de l'expédition des produits et le paiement des réclamations par mon assureur ou mon payeur provincial. J'autorise en outre mon assureur ou mon régime provincial à verser directement les prestations à Tandem ou à son distributeur autorisé. Si ces sommes sont versées directement à l'assuré ou au titulaire, j'accepte de rembourser immédiatement ces fonds à Tandem ou à son distributeur autorisé. Je serai informé(e) de la couverture de mon régime ou de mon assurance et des frais remboursables estimés avant l'expédition ou la facturation du produit. Je notifierai Tandem de tout changement concernant mon assurance ou mon régime. Si le bénéficiaire du produit Tandem est mineur, votre signature ci-dessous signifie que vous êtes légalement autorisé(e) à signer en son nom et que vous autorisez Tandem à apporter une aide directe au mineur ou au proche aidant en ce qui concerne les produits et services de Tandem, sans frais supplémentaires. Cette autorisation restera valide jusqu'à sa révocation par écrit de ma part.

SIGNATURE DU PATIENT/TUTEUR X	DATE (AAAA/MM/JJ)
---	-------------------