Programme d'accès à BOTOX[MD]

Dr. Rob Miller
202-6112 QUINPOOL RD

HALIFAX, NS
B3L 1A3
902-425-2956
UPS#: 90557MILLE

Rx: _____ Nombre de fioles: _____ Date: _____

Ordonnance du produit: 91223UH _____
Signature du médecin

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (Remplir toutes les cases pertinentes.)

Nom: _____
Prénom Nom de famille

Date de naissance: _____
J J M M A A A A

Adresse: _____

Appartement: _____ Ville: _____

Province: _____ Code postal: _____

Téléphone de jour: _____ Autre téléphone: _____

Courrier électronique: _____

Nom de la compagnie d'assurances: _____

Nom de l'assuré: _____ Relation avec l'assuré: _____

Régime de santé/ID de groupe: _____

ID du patient: _____ Promoteur de régime: _____

Paiement: Visa ☐ MasterCard ☐ Détenteur de la carte: _____

Relation avec le détenteur: Même

Numéro de la carte: _____ Date d'expiration: _____
M M A A A A

Autre: _____

Consentement du patient: Par la signature de ce formulaire, j'autorise le médecin susmentionné à faire part des renseignements concernant mon état de santé et mon assurance selon le besoin à la pharmacie, afin de déterminer ma couverture et/ou facturer ma compagnie d'assurances. Je consens également à ce que le médecin susmentionné soit mon agent et obtienne en mon nom du médicament BOTOX® de la société Allergan Inc., dans le cadre du Programme d'accès à BOTOX®. Je fournis les renseignements de ma carte de crédit afin de permettre à la pharmacie d'agir en tant qu'agent du médecin susmentionné quant aux frais portés à ma carte pour le coût de médicament BOTOX®

_____
Signature du patient