



**CANADA**

Ce formulaire est aussi accessible en ligne à [tandemdiabetes.ca](http://tandemdiabetes.ca)

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

<b>RENSEIGNEMENTS SUR LE PRESCRIPTEUR</b>	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		

<b>RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE (REPLISSEZ TOUTES LES CASES PERTINENTES)</b>	<b>↓ ASSURANCE PRINCIPALE [pour accélérer le processus, veuillez fournir une copie de votre carte d'assurance (recto et verso)]. ↓</b>					
	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 <input type="checkbox"/> Vous-même <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Tuteur					
	<b>↓ ASSURANCE SECONDAIRE [pour accélérer le processus, veuillez fournir une copie de votre carte d'assurance (recto et verso)]. ↓</b>					
	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 <input type="checkbox"/> Vous-même <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> 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.), 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](http://tandemdiabetes.com/fr-ca/privacy/privacy-policy) ou [tandemdiabetes.com/en-ca/privacy/privacy-policy](http://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 <b>X</b>	DATE (AAAA/MM/JJ)
---	-------------------