

## Demande de remboursement de médicaments de la CSPAAT

*Dans la plupart des cas, votre pharmacien peut facturer en ligne les médicaments qui sont liés à votre dossier d'indemnisation. Donnez au pharmacien votre numéro de dossier et demandez-lui de traiter votre ordonnance sur le système en ligne de la CSPAAT.*

N° de dossier :

### A. Renseignements sur le travailleur

Nom de famille		Prénom			Initiales	
Adresse actuelle		Ville	Province	Code postal	Nouvelle adresse? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Téléphone (domicile)		Téléphone (travail)		Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Date de la lésion	

### Instructions

- Écrivez lisiblement en caractères d'imprimerie et à l'encre noire.
- Remplissez les sections A, B et C au complet.
- Envoyez tous les reçus de pharmacie originaux (ou photocopies) avec le formulaire. Veuillez inscrire votre numéro de dossier sur chaque reçu.

Pour plus de renseignements, veuillez vous reporter au verso du formulaire.

### B. Renseignements sur les médicaments (figurant sur l'étiquette d'ordonnance)

Je demande le remboursement de(s) médicament(s) suivant(s) :

Nom de médicament	N° de prescription (RX) Identification numérique de la drogue (DIN)	Nom du médecin prescripteur	Nom de la pharmacie N° de téléphone	Quantité	Nombre pris chaque fois	Combien de fois par jour	Date d'exécution de l'ordonnance			Coût total des médicaments*	Montant total payé**	Réservé à la CSPAAT
							jj	mm	aaaa			
	N° de RX : DIN		Nom de la pharmacie Téléphone :									
	N° de RX : DIN		Nom de la pharmacie Téléphone :									
	N° de RX : DIN		Nom de la pharmacie Téléphone :									
	N° de RX : DIN		Nom de la pharmacie Téléphone :									
	N° de RX : DIN		Nom de la pharmacie Téléphone :									
	N° de RX : DIN		Nom de la pharmacie Téléphone :									

\* Coût total, y compris les frais de délivrance. \*\* Le montant que vous avez payé à la pharmacie et que vous désirez que la CSPAAT vous rembourse.

### C. Déclaration du travailleur

Par la présente, je déclare que, à ma connaissance, les renseignements figurant sur le présent formulaire sont véridiques, exacts et complets et que tous les frais énumérés concernent des médicaments qui m'ont été fournis pour mon usage personnel et dans le cadre de mon dossier de la CSPAAT. Je consens à conserver tous les reçus originaux et à les soumettre à la CSPAAT. Je ne demanderai pas un remboursement auprès de tout autre assureur ou organisme pour les frais payés par la CSPAAT. J'autorise également la divulgation à la CSPAAT de tout renseignement concernant les frais énumérés sur ce formulaire.

Signature	Date
-----------	------

### Instructions à l'intention du travailleur

*Si vous nous fournissez des renseignements incomplets, omettez de signer et de dater le formulaire ou ne joignez pas les reçus originaux, le formulaire pourrait vous être retourné et(ou) le traitement de votre paiement pourrait être retardé.*

1. Votre numéro de dossier à la CSPAAT **doit** être indiqué sur ce formulaire.
2. Les reçus originaux de médicaments les photocopies ou les télécopies (ne pas envoyer de liste imprimée obtenue de la pharmacie) doivent être envoyés avec ce formulaire. Nous vous encourageons à nous faire parvenir vos reçus ou photocopies immédiatement.
3. La CSPAAT ne vous retournera pas les reçus originaux ou les photocopies. Dans le cas des photocopies, veuillez garder les reçus originaux pendant six mois, car nous pourrions vous demander de les soumettre.
4. La CSPAAT n'acceptera pas les demandes de participation aux coûts se rapportant aux médicaments payés par le ministère de la Santé ou par tout autre assureur.
5. La **Quantité** du médicament fournie est le nombre total qui vous a été fourni (p. ex., 250 ml ou 50 comprimés, etc.)
6. Le **Nombre pris chaque fois** est la posologie du médicament fourni chaque fois que vous le prenez (p. ex., 15 ml ou 2 comprimés, etc.)
7. **Combien de fois par jour** est le nombre de fois où vous prenez le médicament (p. ex., 2 fois par jour, un comprimé au souper, etc.)
8. La **Date d'exécution** est la date à laquelle on vous a remis le médicament (jj-mm-aaaa).
9. Pour le **Coût total des médicaments**, indiquez le coût total du médicament dont vous avez besoin. Cela comprend les frais d'exécution d'ordonnance et le coût du médicament lui-même.
10. Le **Montant total payé** est le montant que vous avez réellement payé au pharmacien et que vous désirez que la CSPAAT vous rembourse.

Vous pouvez envoyer votre formulaire directement au bureau de la CSPAAT de votre région.

D'autres formulaires sont disponibles auprès de votre pharmacien, au bureau de la CSPAAT de votre région et sur notre site Web, [www.wsib.on.ca](http://www.wsib.on.ca), ou en composant notre numéro sans frais **1-800-387-0750**.