

## Programme FSI – Formulaire de réclamation pour produits pharmaceutiques

**Approbation préalable**  
 Directeur médical, FSI/CIC  
 219, Laurier Street  
 3<sup>rd</sup> Floor  
 Ottawa, ON K1A 1L1  
 Télécopieur : 1-800-362-7456

**Changement d'adresse**  
 Joindre une confirmation écrite du  
 changement d'adresse ainsi que  
 l'adresse précédente.

**Reçus**  
 Joindre les originaux pour les produits  
 listés.

**Soumettez-vous des copies des  
 documents d'admissibilité?**

**Oui**  
 **Non**, admissibilité déjà en filière chez FAS

Et/ou

Re soumission d'une réclamation FAS  
 # \_\_\_\_\_

### ÉCRIRE CLAIREMENT EN LETTRES MOULÉES

<b>RÉFUGIÉ/PATIENT</b>	<b># D'IDENTIFICATION DU RÉFUGIÉ :</b>
NOM	PRÉNOM
<b>DATE DE NAISSANCE :</b>	<b>MOIS :</b> <b>JOUR :</b> <b>ANNÉE :</b>
<b>ADMISSIBILITÉ FSI :</b>	<b>DU :</b> Mois _____ Jour _____ Année _____
<b>AU :</b> Mois _____ Jour _____ Année _____	<b>OU</b> <input type="checkbox"/> <b>VOIR DOCUMENTS CI-JOINTS</b>

<b>FOURNISSEUR (À QUI LE CHÈQUE EST PAYABLE)</b>	<b># DE FOURNISSEUR FAS</b>
NOM	
PRÉNOM	
ADRESSE	
VILLE	PROVINCE
CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (                      )

Date du SERVICE (MM/JJ/AA)	NOM DU MÉDICAMENT	NUMÉRO DIN	QTÉ	DOSE	MÉDICAMENT COMPOSÉ? O/N	FRAIS INGRÉDIENTS	FRAIS PHARMACIEN	MONTANT TOTAL RÉCLAMÉ
								\$
								\$
								\$
								\$
								\$
								\$

DATE	SIGNATURE	NOM EN LETTRES MOULÉES	MONTANT TOTAL RÉCLAMÉ \$
------	-----------	------------------------	-----------------------------

**IMPORTANT : Ce formulaire doit être dûment complété sinon il pourrait être refusé.**