

# REFILL REQUEST FORM / DEMANDE DE RENOUVELLEMENT

Ordering and refilling is easy! Simply complete the following form and submit to Sobeys Pharmacy by Mail.

Il est facile de commander et de renouveler vos médicaments! Remplissez simplement le présent formulaire et soumettez-le au service de pharmacie par la poste de Sobeys.

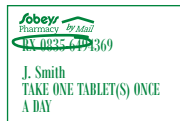
## SECTION 1 PATIENT INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

### Primary Member / Membre principal:

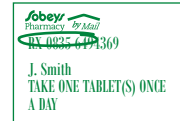
Last Name / Nom de famille	First Name / Prénom	Date of Birth / Date de naissance
Phone Number / Numéro de téléphone	Province	E-mail address (optional) / Adresse de courriel (facultatif)

## SECTION 2 PRESCRIPTION REFILL / RENSEIGNEMENTS SUR LE RENOUVELLEMENT D'ORDONNANCES

Please provide the prescription number(s) of the medication(s) you wish to refill at this time. The prescription number can be found on your prescription label here:



Veillez fournir les numéros d'ordonnance des médicaments que vous voulez renouveler. Ce numéro se trouve sur votre étiquette d'ordonnance (voir l'illustration):



All refills must match the patient name provided above.

### Prescription Number:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Tous les renouvellements doivent être au nom du patient indiqué ci-dessus. **Numéro d'ordonnance:**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Authorization:

If any of the above prescriptions require us to contact your doctor to authorize refills, would you like us to do so?

- Yes, please contact my doctor for refill authorization as required.
- No, Do not contact my doctor for refill authorization.

### Autorisation:

Si, pour le renouvellement de l'une des ordonnances ci-dessus, nous devons communiquer avec votre médecin, voulez-vous que nous le fassions?

- Oui, communiquez avec mon médecin pour obtenir une autorisation de renouvellement au besoin.
- Non, ne communiquez pas avec mon médecin pour obtenir une autorisation de renouvellement.

### Would you like to purchase additional non-prescription items at this time? Yes No

If yes, please indicate your product selections in the space below: (Category Examples: Vitamins & Minerals, Analgesics, Diabetes Supplies, Etc.)

### Aimeriez-vous acheter des articles en vente libre supplémentaires maintenant? oui non

Si oui, veuillez indiquer les articles choisis dans l'espace ci-dessous: (par exemple, vitamines et minéraux, analgésiques, produits pour diabétiques, etc.)

## SECTION 3 DELIVERY / LIVRAISON

To where would you like to have your order shipped? OÙ voulez-vous que votre commande soit livrée? \*

- Primary Address on my file  Adresse principale indiquée au dossier
- Alternate Address on my file  Autre adresse indiquée au dossier
- Other, please specify\*  Ailleurs, veuillez préciser\*

## SECTION 4 CONSENT / CONSENTEMENT

- By checking this option you are giving consent for Sobeys Pharmacy by Mail to process your order, providing the necessary pharmacy services and applicable electronic adjudication of your prescription and process any applicable financial transaction for payment to your credit card on file.

- En cochant cette case, vous consentez à ce que le service de pharmacie par la poste de Sobeys traite votre commande, vous fournisse les services de pharmacie nécessaires, obtiennent les autorisations applicables à votre ordonnance et traite la transaction concernée pour paiement au moyen de la carte de crédit inscrite à votre dossier.

Send completed form to: P.O. Box 25132 Moncton NB E1C 9M9  
 Fax: 1-888-343-6060 • Email: info@SobeysPharmacybyMail.ca  
 If you need assistance call 1-866-657-MEDS (6337)

Envoyer à : Case postale 25132, Moncton (NB) E1C 9M9  
 Téléc: 1 888 343-6060 • Courriel : info@SobeysPharmacybyMail.ca  
 Si vous avez besoin d'aide, composez le 1 866 657-MEDS (6337)