

PROTECTION SANTÉ – FORMULAIRE D'ADHÉSION

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____ Suite : _____

Ville : _____ Province Québec Code postal _____

Téléphone (résidence) : _____ Cellulaire _____

Adresse courriel : _____

Joindre un chèque au montant de 49,95\$ à l'ordre de Conseil pour la protection des malades et l'expédier au 3565, rue Berri, bureau 230, Montréal (Québec), H2L 4G3.

Termes et conditions

CONDITONS ET MODALITÉS

Le programme « Protection-santé », offert par le Conseil pour la protection des malades, accorde à l'adhérent un **service d'information téléphonique** et de soutien auprès de l'un de nos avocats formé en défense des droits des usagers du réseau de la santé et des services sociaux, et ce, dans les limites d'une **utilisation raisonnable** et conforme à notre expertise.

Plus précisément et sans limiter la portée générale de ce qui précède, l'abonnement annuel à « Protection-santé » est assujéti aux conditions et modalités suivantes :

- nous garantissons un retour d'appel dans un **délai d'un jour ouvrable**;
- un **maximum annuel de 5 échanges téléphoniques d'au plus 1 heure chacun** auprès de l'un de nos avocats;
- un **maximum annuel de 3 communications externes** (appel téléphonique, lettre ou courriel) auprès d'établissements de santé ou de professionnels de la santé (dans l'éventualité où notre avocat jugerait à propos d'intervenir directement auprès des acteurs concernés par la problématique rapportée par l'adhérent);

Il est aussi convenu que Protection-santé est un service d'information, de soutien et de conseils offert au bénéfice des usagers du réseau de la santé québécois. Par conséquent, nous ne pouvons **EN AUCUN CAS** introduire ou mener des procédures en justice pour le compte de l'adhérent ou offrir à l'adhérent une quelconque promesse de résultat, notamment en ce qui concerne l'accès à des soins de santé offerts par le réseau public, l'inscription auprès d'un médecin de famille ou l'exercice du jugement clinique d'un professionnel de la santé.

Il est à noter que si l'adhérent souhaite résilier son abonnement pour un motif d'insatisfaction à l'égard des services offerts dans le cadre du programme « Protection-santé », un remboursement correspondant à 50% des frais annuels payés sera proposé.

J'approuve les termes et conditions



Signature: -----