

FORMULAIRE POUR AUTORISATION PRÉALABLE DE FOURNITURES MÉDICALES ET ÉQUIPEMENT MÉDICAUX DES SSNA - PRESTATIONS GÉNÉRALES

Section 1: Information sur le patient

Nom du patient :		Date de naissance : (JJ/MM/AA)
Prénom(s) :		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
N° de bande :	N° de famille :	N° d'identité du client :

Section 2: Information sur le prescripteur

Nom du prescripteur :	N° de permis/licence :
Téléphone :	Télécopieur :

Section 3: Information sur l'état de santé du client

Diagnostic:
Explication du besoin et détails de l'article (CETTE CASE DOIT ÊTRE REMPLIE):
<p>Est-ce le résultat d'une blessure? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes :</p> <p>Où la blessure est-elle survenue: Maison <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Date de la blessure:</p> <p>Les dépenses sont-elles couvertes en tout ou en partie par un autre régime d'assurance-santé, public ou privé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>

Section 4: Équipement ou fournitures demandés

Description du dispositif	Code	Qté	Coût	

Section 5: Information sur le fournisseur

Nom du fournisseur :	N° du fournisseur :
Téléphone :	Télécopieur :
J'atteste que l'information inscrite dans les sections 4 et 5 est exacte et complète.	
Signature du fournisseur:	Date:

POUR UTILISATION INTERNE (DGSPNI) SEULEMENT

# AP:	N° d'identité de l'utilisateur:
N° de téléphone du bureau:	N° de télécopieur du bureau :