

DEMANDE DE DATES DE PRISE DE POSSESSION
Aides auditives

IMPORTANT :
Remplir les cases requises pour chaque demande afin que nous puissions rapidement y donner suite.

COORDONNÉES DU DISPENSATEUR

NOM DU DISPENSATEUR		N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE (OBLIGATOIRE)	DATE DE LA DEMANDE ANNÉE MOIS JOUR		
PERSONNE-RESSOURCE		TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.	TÉLÉPHONE IND. RÉG.		

Section A PERSONNE ASSURÉE
P = Prothèse E = Embout A = Aides de suppléance

Section A	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		À L'USAGE DE LA RÉGIE	
	CODE DE L'APPAREIL OU DE LA PROTHÈSE	P et E seulement DROIT GAUCHE	MARQUE/MODÈLE/TYPE (S'IL Y A LIEU)	
1			DATE DE PRISE DE POSSESSION ANNÉE MOIS	
2				

Section B PERSONNE ASSURÉE
P = Prothèse E = Embout A = Aides de suppléance

Section B	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		À L'USAGE DE LA RÉGIE	
	CODE DE L'APPAREIL OU DE LA PROTHÈSE	P et E seulement DROIT GAUCHE	MARQUE/MODÈLE/TYPE (S'IL Y A LIEU)	
1			DATE DE PRISE DE POSSESSION ANNÉE MOIS	
2				

Section C PERSONNE ASSURÉE
P = Prothèse E = Embout A = Aides de suppléance

Section C	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		À L'USAGE DE LA RÉGIE	
	CODE DE L'APPAREIL OU DE LA PROTHÈSE	P et E seulement DROIT GAUCHE	MARQUE/MODÈLE/TYPE (S'IL Y A LIEU)	
1			DATE DE PRISE DE POSSESSION ANNÉE MOIS	
2				

Veillez télécopier votre demande aux numéros suivants : (418) 643-9857 sans frais : 1 866 605-1601

RÉPONSE FOURNIE PAR	DATE DE LA RÉPONSE ANNÉE MOIS JOUR
---------------------	---

DEMANDE D'INFORMATION DE LA RÉGIE

Nous vous retournons votre demande car des renseignements essentiels à son traitement sont erronés ou manquants. Veuillez corriger ou ajouter les renseignements indiqués par un « X » et nous retourner votre demande.

SECTION	RENSEIGNEMENTS ERRONÉS OU MANQUANTS		
A	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	1	<input type="checkbox"/> CODE DE L'APPAREIL <input type="checkbox"/> CÔTÉ TOUCHÉ <input type="checkbox"/> AUTRE
		2	<input type="checkbox"/> CODE DE L'APPAREIL <input type="checkbox"/> CÔTÉ TOUCHÉ <input type="checkbox"/> AUTRE
B	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	1	<input type="checkbox"/> CODE DE L'APPAREIL <input type="checkbox"/> CÔTÉ TOUCHÉ <input type="checkbox"/> AUTRE
		2	<input type="checkbox"/> CODE DE L'APPAREIL <input type="checkbox"/> CÔTÉ TOUCHÉ <input type="checkbox"/> AUTRE
C	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	1	<input type="checkbox"/> CODE DE L'APPAREIL <input type="checkbox"/> CÔTÉ TOUCHÉ <input type="checkbox"/> AUTRE
		2	<input type="checkbox"/> CODE DE L'APPAREIL <input type="checkbox"/> CÔTÉ TOUCHÉ <input type="checkbox"/> AUTRE

SECTION

La personne assurée n'ayant pas consulté d'autres dispensateurs que vous, vous détenez toute l'information nécessaire à votre facturation.