

## DEMANDE D'AUTORISATION

### Retour d'un fauteuil roulant ou d'une base de positionnement au fournisseur

#### Établissement

Nom de l'établissement	Numéro de l'établissement	Nom du responsable du Service d'aides techniques
Signature du responsable ou sceau de l'établissement		
		Date Année Mois Jour

#### Personne assurée

Nom et prénom	Numéro d'assurance maladie	Date du décès Année Mois Jour
Commentaires :		
.....		
.....		
.....		
.....		

#### Modèle de l'appareil à retourner

Modèle	Numéro de série
1. ....	.....
2. ....	.....
3. ....	.....
4. ....	.....

#### À L'USAGE DE LA RÉGIE

Autorisation de retour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Numéro d'autorisation : .....
Commentaires : .....	
.....	
.....	
.....	
<input type="checkbox"/> Copie transmise au fournisseur (sans les coordonnées de la personne assurée)	Initiales de l'agent Date Année Mois Jour
<input type="checkbox"/> Copie transmise à l'établissement	Initiales de l'agent Date Année Mois Jour

#### Envoyer ce formulaire

- par télécopieur : 418 643-5967
- par courriel (Lotus notes) : Denise Ferland/RAMQ/SSSS