

DEMANDE DE DATES DE PRISE DE POSSESSION

Appareils suppléant à une déficience physique

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					NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		À L'USAGE DE LA RÉGIE	
	P = Prothèse O = Orthèse F = Fauteuil roulant								
	CODE DE L'APPAREIL	MEMBRE SUPÉRIEUR	MEMBRE INFÉRIEUR	CÔTÉ DROIT	CÔTÉ GAUCHE	MARQUE-MODÈLE-NUMÉRO DE SÉRIE			DATE DE PRISE DE POSSESSION
1								ANNÉE	MOIS
2									

Section B	PERSONNE ASSURÉE					NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		À L'USAGE DE LA RÉGIE	
	P = Prothèse O = Orthèse F = Fauteuil roulant								
	CODE DE L'APPAREIL	MEMBRE SUPÉRIEUR	MEMBRE INFÉRIEUR	CÔTÉ DROIT	CÔTÉ GAUCHE	MARQUE-MODÈLE-NUMÉRO DE SÉRIE			DATE DE PRISE DE POSSESSION
1								ANNÉE	MOIS
2									

Section C	PERSONNE ASSURÉE					NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		À L'USAGE DE LA RÉGIE	
	P = Prothèse O = Orthèse F = Fauteuil roulant								
	CODE DE L'APPAREIL	MEMBRE SUPÉRIEUR	MEMBRE INFÉRIEUR	CÔTÉ DROIT	CÔTÉ GAUCHE	MARQUE-MODÈLE-NUMÉRO DE SÉRIE			DATE DE PRISE DE POSSESSION
1								ANNÉE	MOIS
2									

Veillez télécopier votre demande au numéro suivant : (418) 646-9251

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"/> MEMBRE TOUCHÉ	<input type="checkbox"/> CÔTÉ TOUCHÉ	<input type="checkbox"/> AUTRE
		2	<input type="checkbox"/> CODE DE L'APPAREIL	<input type="checkbox"/> MEMBRE TOUCHÉ	<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"/> MEMBRE TOUCHÉ	<input type="checkbox"/> CÔTÉ TOUCHÉ	<input type="checkbox"/> AUTRE
		2	<input type="checkbox"/> CODE DE L'APPAREIL	<input type="checkbox"/> MEMBRE TOUCHÉ	<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"/> MEMBRE TOUCHÉ	<input type="checkbox"/> CÔTÉ TOUCHÉ	<input type="checkbox"/> AUTRE
		2	<input type="checkbox"/> CODE DE L'APPAREIL	<input type="checkbox"/> MEMBRE TOUCHÉ	<input type="checkbox"/> CÔTÉ TOUCHÉ	<input type="checkbox"/> AUTRE

<input type="checkbox"/>	SECTION

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