

# 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.

<b>Section A</b>	<b>PERSONNE ASSURÉE</b>					<b>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE</b>	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 ANNÉE      MOIS
1							
2							

<b>Section B</b>	<b>PERSONNE ASSURÉE</b>					<b>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE</b>	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 ANNÉE      MOIS
1							
2							

<b>Section C</b>	<b>PERSONNE ASSURÉE</b>					<b>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE</b>	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 ANNÉE      MOIS
1							
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					
<b>A</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
<b>B</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
<b>C</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

SECTION 

--	--	--

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