FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE DES SSNA
FOURNITURES MÉDICALES ET ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX - PRESTATIONS GÉNÉRALES

Section 1 : Information sur le/ la client(e)

Nom du/ de la client(e) :		Date de naissance : (AAAA/MM/JJ)
Prénom :		Sexe : M ☐ F ☐
Adresse :		Ville :
Province :		Code Postal :
N° d'identité du client :	N° de bande :	N° de famille :

Section 2 : Information sur le prescripteur (ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)

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

Section 3 : Information sur l'état de santé du/ de la client(e)

Diagnostic:	
Explication du besoin et détails de l'article (CETTE CASE DOIT ÊTRE REMPLIE) : *Veuillez joindre à ce formulaire ou sur une feuille séparée toute information additionnelle qui pourrait soutenir cette demande ceci pour ne pas en retarder l'examen.	
Les prestations demandées résultent-t-elles d'une blessure? Oui ☐ Non ☐ Si **oui**, veuillez répondre aux questions suivantes :	
Où la blessure est-elle survenue? Maison ☐ Travail ☐ Autre ☐	Date de la blessure :
Les dépenses sont-elles couvertes en tout ou en partie par un autre régime d'assurance santé, public ou privé? Oui ☐ Non ☐	
Le/ La client(e) demeure-t-il/elle dans une résidence de soins de longue durée? Oui ☐ Non ☐	

Section 4 : Équipements ou fournitures demandés

Description de l'item	Code	Quantité	Coût		Nom du fabricant, N° de code de l'item et type (Si applicable)
			Coût réel d'acquisition	Marge de profits	

Section 5 : Information sur le fournisseur (ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)

Nom du fournisseur :	N° du fournisseur :
Téléphone :	Télécopieur :
J'atteste que l'information fournie ci-haut est exacte et complète. Le programme des SSNA se réserve le droit de demander ce formulaire en cas de vérification.	
Signature du fournisseur :	Date :

POUR UTILISATION INTERNE (SSNA) SEULEMENT

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