

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE DES SSNA ORTHÈSES - CHAUSSURES FAITES SUR MESURE - PROTHÈSES - VÊTEMENTS DE COMPRESSION

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

Nom du/ de la client(e) :		Date de naissance : (AAAA/MM/JJ)
Prénom :		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
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:
Justifier la demande selon l'évaluation clinique faite par un fournisseur reconnu par le programme des SSNA et donner les détails sur l'article (CETTE CASE DOIT ÊTRE REMPLIE) :
Un suivi sera-t-il fourni? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> *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-elles d'une blessure? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui , veuillez répondre aux questions suivantes :
Où la blessure est-elle survenue? Maison <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Section 4 : Équipements ou fournitures demandés

Description (préciser la technique de fabrication, les matériaux utilisés, côté gauche ou droit du corps, détails de la garantie et s'il s'agit d'une réparation, décrire les pièces à remplacer)	Code	Quantité	Coût		Nom du fabricant (fait sur place ou à l'externe) et N° de code de l'article Classe d'orthèses et de chaussures faites sur mesure
			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 :