

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE DES SSNA PROTHÈSE AUDITIVE ET RÉPARATION DE PROTHÈSE AUDITIVE

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 :
Test d'audition effectué par : Nom:	Profession:

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

(Veuillez compléter cette section pour une nouvelle demande ou le remplacement d'une prothèse auditive)

Diagnostic:	Raison de la demande:
Date du plus récent test d'audiométrie (copie des résultats requise pour les nouvelles prothèses auditives ou un remplacement) : * Le test doit être daté de 6 mois ou moins.	
Est-ce que le/ la client(e) a déjà travaillé dans un endroit bruyant? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui , type de travail et durée :	La perte auditive est-elle due à une blessure? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui , quand et où la blessure s'est-elle produite?
Est-ce que le /la client(e) a déjà fait une demande pour une prothèse auditive à la commission des accidents du travail? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui , indiquez le numéro de dossier :	
Les dépenses en cause sont-elles couvertes, en partie ou en entier, par un autre régime d'assurance maladie, public ou privé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Section 4 : Demandes initiales de prestations, de remplacement et de réparations (Pour les nouvelles prothèses auditives et les remplacements, une copie des résultats du plus récent test d'audiométrie (pas plus de 6 mois) doit être jointe pour que la présente section soit évaluée. L'information pertinente à la prothèse auditive utilisée présentement doit être incluse pour les demandes de réparations et/ou de remplacement.)

Code	Description	Oreille		Coût unitaire	Nom du fabricant	N° de modèle ou nom et grandeur	Date de la pose	N° de série
		G	D					

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 :