



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

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

Nom de famille :	Prénom(s) :	Date de naissance (AAAA/MM/JJ) :
N° d'identité du client :	N° de bande :	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Adresse :		N° de téléphone :
Ville :	Province / Territoire :	Code Postal :

Section 2 : Parent/Tuteur légal/Représentant (Si le/la client(e) est âgé(e) de moins de 18 mois et non-enregistré, veuillez inscrire les informations du parent.)

Nom de famille :	Prénom(s) :	Date de naissance (AAAA/MM/JJ) :
N° d'identité du client :	N° de bande :	N° de téléphone :

Section 3 : Information sur le prescripteur (ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)

Nom et profession :	N° de licence :
N° de téléphone :	N° de télécopieur :
Test d'audition effectué par (Nom) :	Profession :

Section 4 : 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 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 :
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 travaillé dans un environnement bruyant? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui , à quel titre d'emploi et pour combien de temps :	
Les dépenses sont-elles couvertes en tout ou en partie par un autre régime d'assurance santé, fédéral, provincial/territorial ou privé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui , veuillez fournir les détails :	

Section 5 : Demande initiale de prestation, de remplacement et de réparation

(Pour les prothèses auditives neuves ou de remplacement, une copie du test audiométrique le plus récent (datant de moins de 6 mois) doit être incluse pour que cette section soit évaluée. L'information pertinente à la prothèse auditive utilisée présentement doit être incluse pour une demande de réparation et/ou de remplacement.)

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

Section 6 : Information sur le fournisseur (ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)

Nom et profession :	N° du fournisseur :
N° de téléphone :	N° de télécopieur :

Section 7 : Confirmation de prothèse auditive et de réparation de prothèse auditive

(Veuillez compléter cette section après que l'approbation préalable ait été obtenue et que le client ait été appareillé d'une prothèse. Télécopiez le formulaire accompagné d'une copie de la facture du manufacturier au bureau régional de Direction de la santé des Premières nations et des Inuits.)

N° d'autorisation préalable :	Date de service : (AAAA/MM/JJ)
J'atteste que les informations fournies ci-dessus sont exactes et complètes, et que le client nommé ci-haut est satisfait de l'équipement et des instructions reçus et que le matériel distribué et l'appareillage sont appropriés pour répondre aux besoins du client. Je m'engage à fournir le suivi approprié au cours de la période de garantie. Le programme des SSNA se réserve le droit de demander ce formulaire à des fins de vérification.	
Signature du fournisseur :	Date :



Énoncé de confidentialité : Les renseignements personnels que vous fournissez au Services aux Autochtones Canada (SAC) sont régis par la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Nous ne recueillons que les renseignements nécessaires à l'administration du Programme des SSNA. La loi autorise la collecte de renseignements à cette fin. Nous avons besoin de ces renseignements pour le règlement et le paiement des demandes de remboursement et aux fins de vérification. Vos renseignements personnels peuvent être divulgués sans votre consentement, mais seulement conformément au paragraphe 8(2) de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Pour plus de renseignements : Une description des renseignements personnels recueillis se trouve sur le site Web d'InfoSource, à l'adresse suivante : infosource.gc.ca. En plus d'assurer la protection de vos renseignements personnels, la *Loi sur la protection des renseignements personnels* vous donne le droit de présenter une demande de communication ou de correction de vos renseignements personnels. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le coordonnateur de l'AIPRP désigné du SAC, dont vous trouverez les coordonnées à l'adresse suivante : <http://www.tbs-sct.gc.ca/hgw-cgf/oversight-surveillance/atip-aiprp/coord-fra.asp>. Vous avez également le droit de déposer une plainte auprès du Commissariat à la protection de la vie privée du Canada si vous croyez que vos renseignements personnels ont été traités de façon inadéquate.

**COORDONNÉES DES BUREAUX RÉGIONAUX DE LA
DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS**

<p>RÉGION DE L'ATLANTIQUE BUREAU DU NOUVEAU-BRUNSWICK, DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR, DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE ET DE L'ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA MARITIME CENTRE 1505, RUE BARRINGTON 15e ÉTAGE, BUREAU 1525 HALIFAX (NOUVELLE-ÉCOSSE) B3J 3Y6 TÉL. SANS FRAIS : 1-800-565-3294 TÉLÉC. SANS FRAIS : 1-866-963-7700</p>	<p>RÉGION DU QUÉBEC DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA COMPLEXE GUY-FAVREAU 200, BOUL. RENÉ-LÉVESQUE Ouest TOUR EST, BUREAU 202 (2e étage) MONTRÉAL (QUÉBEC) H2Z 1X4 TÉL. SANS FRAIS : 1-877-483-1575 TÉL. À MONTRÉAL : 514-283-1575 TÉLÉC. SANS FRAIS : 1-855-244-4470 TÉLÉC. À MONTRÉAL : 514-283-7762</p>	<p>RÉGION DE L'ONTARIO DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA ÉDIFICE SIR-CHARLES-TUPPER 2720, PROMENADE RIVERSIDE, 4e ÉTAGE INDICE DE L'ADRESSE 6604E OTTAWA (ONTARIO) K1A 0K9 TÉL. SANS FRAIS : 1-800-881-3921 TÉLÉC. SANS FRAIS : 1-800-806-6662</p>
<p>RÉGION DU MANITOBA DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA ÉDIFICE FÉDÉRAL STANLEY KNOWLES 391, AV. YORK, BUREAU 300 WINNIPEG (MANITOBA) R3C 4W1 TÉL. SANS FRAIS : 1-800-665-8507 TÉL. À WINNIPEG : 204-983-8886 TÉLÉC. SANS FRAIS : 1-800-289-5899 TÉLÉC. À WINNIPEG : 204-984-3484</p>	<p>RÉGION DE LA SASKATCHEWAN DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA PROGRAMME DES SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS 1ER ÉTAGE, 2045, RUE BROAD REGINA (SASKATCHEWAN) S4P 3T7 TÉL. SANS FRAIS : 1-800-667 3515 TÉL. À REGINA : 306-780-8294 TÉLÉC. : 1-306-780-7741</p>	<p>RÉGION DE L'ALBERTA DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA CANADA PLACE 9700, AV. JASPER, BUREAU 730 EDMONTON (ALBERTA) T5J 4C3 TÉL. SANS FRAIS : 1-800-232-7301 TÉL. À EDMONTON : 780-495-2694 TÉLÉC. : 1-780-495-3184</p>
<p>RÉGION DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA 757, RUE WEST HASTINGS, BUREAU 540 VANCOUVER (COLOMBIE-BRITANNIQUE) V6C 3E6 TÉL. SANS FRAIS : 1-888-321-5003 TÉLÉC. SANS FRAIS : 1-888-299-9222</p>	<p>RÉGION DU NORD CANADIEN - TERRITOIRES DU NORD-OUEST ET NUNAVUT DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA ÉDIFICE SIR-CHARLES-TUPPER 2720, PROMENADE RIVERSIDE INDICE DE L'ADRESSE 6604C OTTAWA (ONTARIO) K1A 0K9 TÉL. SANS FRAIS : 1-888-332-9222 TÉLÉC. SANS FRAIS : 1-800-949-2718</p>	<p>RÉGION DU NORD CANADIEN DIRECTION DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA 300, RUE MAIN, BUREAU 100 WHITEHORSE (YUKON) Y1A 2B5 TÉL. SANS FRAIS : 1-866-362-6717 TÉL. À WHITEHORSE : 867-393-3800 TÉLÉC. SANS FRAIS : 1-867-667-3999</p>