

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

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

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

Section 2: Parent/Tuteur légal/ Représentant (Si le/la client(e) est âgé(e) de moins d'un an 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 famille:

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

Nom et profession :	N° de permis/ 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 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"/>	

Section 5 : Demandes initiales de prestations, de remplacement et de réparations (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 6 : Information sur le fournisseur

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

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

S.V.P. 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 Santé Canada.

N° d'autorisation préalable :	Date de service :
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 :