

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

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 client est âgé de moins d'un an et non-enregistrer, 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 :	N° de permis/ licence :
N° de téléphone :	N° de télécopieur :

Section 4 : 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-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"/> Accident de Véhicule Motorisé <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, fédéral, provincial / territorial, ou privé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Le/ La client(e) demeure-t-il/elle dans une résidence de soins de longue durée? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Section 5 : Équipements ou fournitures demandés

Description de l'item	Code	Quantité	Coût Réel d'Acquisition	Marque de Profit	Coût Total	Nom du fabricant, N° de code de l'item et type (Si applicable)

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

Nom :	N° du fournisseur :
N° de téléphone :	N° de 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 :

SC/SSNA - AP révisé février 2010

Énoncé sur la protection des renseignements personnels

Santé Canada a également besoin de votre autorisation pour recueillir de l'information auprès de votre fournisseur de services en ce qui concerne les soins qui vous ont été offerts et qui sont payés par le Programme des services de santé non assurés (SSNA). Le Programme des SSNA s'engage à protéger votre vie privée ainsi que les renseignements personnels qu'il a en sa possession. Quand vous présentez une demande de remboursement en vertu du programme des SSNA, celui-ci recueille, utilise, divulgue et conserve vos renseignements personnels conformément aux lois et aux politiques fédérales applicables sur la protection des renseignements personnels. Pour obtenir de plus amples renseignements sur le code de protection des renseignements personnels du programme des SSNA, veuillez consulter le site Web de Santé Canada à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/fniiah-spnia/pubs/nihb-ssna/_priv/2005_code/index-fra.php.