



ADMISSIBILITÉ PROGRAMME REMBOURSEMENT POMPES INSULINE (Pédiatrique)

Établissement :		
Section 1 : Usager (voir adressographe)		
Section 2 : Prescripteur autorisé		
Nom et prénom	N° de pratique	Nom du centre hospitalier participant au programme
Section 3 : Type de demande		
<input type="checkbox"/> Nouvelle demande	<input type="checkbox"/> Renouvellement de la demande (l'utilisateur a déjà bénéficié du programme)	<input type="checkbox"/> Remplacement de la pompe pour des raisons cliniques
		<input type="checkbox"/> Retrait du programme
Compagnie de pompe sélectionnée par l'utilisateur		
<input type="checkbox"/> Fourniture seulement		
Si l'utilisateur a déjà sa pompe ; date d'acquisition de la pompe		
Année Mois Jour		
Section 4 : Couverture d'assurance		
Assurances privées : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez inscrire :		
Nom de la compagnie	Détenteur de l'assurance	N° de police ou de contrat
J'autorise l'agent payeur ainsi que la compagnie de pompe à insuline à communiquer avec mon assureur pour vérifier mes couvertures en lien avec le programme de « pompes à insuline »		
Signature de l'assuré : _____		
Section 5 : Signature du prescripteur autorisé (cette évaluation est valide pour une année)		
J'atteste que la personne mentionnée ci-dessus :		Retourner le présent formulaire : Par courrier : Services financiers – CHU de Québec 775, rue Saint-Viateur Québec (Québec) G2L 273 Par courriel : programmeinsuline@chudequebec.ca Par télécopieur : 418 621-9926
<input type="checkbox"/> Répond aux critères d'admissibilité clinique		
<input type="checkbox"/> Ne répond plus aux critères d'admissibilité clinique		
afin de pouvoir bénéficier du programme de remboursement gouvernemental pour les pompes à insuline ainsi que les fournitures.		
Signature du prescripteur autorisé		Date
		Année Mois Jour