



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.					
<table border="1"> <tr> <td>Signature du prescripteur autorisé</td> <td>Date</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Année Mois Jour</td> </tr> </table>			Signature du prescripteur autorisé	Date	
Signature du prescripteur autorisé	Date				
	Année Mois Jour				