

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 <table style="float: right; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Année</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Mois</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Jour</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>			Année	Mois	Jour			
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 2Z3 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							
	<table style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							