Régie de l'assurance maladie Québec

Programme relatif aux bandages et aux vêtements de compression nécessaires au traitement du lymphœdème

TYPE DE DEMANDE

☐ PAIEMENT ☐ ANNULATION ☐ AUTORISATION

DEMANDE EN RÉFÉRENCE

DISPENSATEUR

NUMÉRO DE PERMIS 9 5 8

DATE DE SERVICE JOUR MOIS ANNÉE

☐ PAYER À LA PERSONNE ASSURÉE

PERSONNE ASSURÉE

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

ENFANT DE MOINS D'UN AN SANS NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE D'UN PARENT

NOM DE FAMILLE DE L'ENFANT

PRÉNOM DE L'ENFANT

DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT JOUR MOIS ANNÉE

SEXE DE L'ENFANT M ☐ F ☐

LE OU LES MEMBRES SUIVANTS SONT ATTEINTS DE LYMPHŒDÈME

☐ Membre supérieur gauche ☐ Membre supérieur droit ☐ Cou ou tronc

☐ Membre inférieur gauche ☐ Membre inférieur droit

AIDES

CODE DE L'AIDE	CÔTÉ	MONTANT DEMANDÉ	CODE DE L'AIDE	CÔTÉ	MONTANT DEMANDÉ
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		
SOUS-TOTAL		0,00	**SOUS-TOTAL**		0,00

MONTANT TOTAL DE LA DEMANDE **TOTAL** 0,00

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

SIGNATURE DU DISPENSATEUR

Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et complets. Je certifie avoir fourni les aides décrites ci-dessus conformément au Programme relatif aux bandages et aux vêtements de compression nécessaires au traitement du lymphœdème.

Signature du dispensateur _____

DATE JOUR MOIS ANNÉE