

**ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME
DE REMBOURSEMENT DES POMPES À INSULINE
(Pédiatrique)**

Section 1 : Personne assurée			
Nom et prénom			
Date de naissance		Année	Mois
Adresse (N°, rue, app.)			
Municipalité, province		Code postal	
N° de téléphone		Ind. rég.	
N° d'assurance maladie			
Courriel d'une personne à contacter (pour toutes demandes d'informations supplémentaires de la part de l'agent payeur)			

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"/> Fournitures 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 :	
<input type="checkbox"/> répond aux critères d'admissibilité clinique		Par courrier :	
<input type="checkbox"/> ne répond plus aux critères d'admissibilité clinique		Services financiers – CHU de Québec	
afin de pouvoir bénéficier du programme de remboursement gouvernemental pour les pompes à insuline ainsi que les fournitures.		775, rue Saint-Viateur	
		Québec (Québec) G2L 2Z3	
Signature du prescripteur autorisé		Par courriel :	
		programmeinsuline@chuq.qc.ca	
Date		Par télécopieur : 418 622-5669	
Année			
Mois			
Jour			

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment remplies et que celui-ci est signé avant de le retourner à l'agent payeur. Une copie doit également être remise à l'utilisateur.



