

Incontinence urinaire masculine

Demande de financement

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom de famille	Prénom
Numéro de police	
Nom de l'assureur	
Pathologie	
<input type="checkbox"/> Quadriplégie	<input type="checkbox"/> Hyperplasie bénigne de la prostate
<input type="checkbox"/> Paraplégie	<input type="checkbox"/> Diabète
<input type="checkbox"/> Sclérose en plaques	<input type="checkbox"/> Cancer de la vessie
<input type="checkbox"/> Spina Bifida	<input type="checkbox"/> Autre: _____
<input type="checkbox"/> Prostatectomie	

RENSEIGNEMENTS POUR LA REQUÊTE À L'ASSUREUR

Madame, Monsieur,

Mon patient (dont le nom figure aux présentes) a été évalué et requiert un cathéter externe pour gérer son incontinence, en raison de son état de santé.

Ce patient éprouve le(s) problème(s) suivant(s), ce qui a un impact négatif sur son état de santé et sa qualité de vie :

- Irritation de la peau
- Escarre
- Infections des voies urinaires
- Fuites
- Autres : _____

Par conséquent, les produits prescrits (voir au verso) est requis pour mon patient.

Pour ces motifs, nous demandons le financement de ce produit.

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN

Nom	Numéro de permis
Sceau de la clinique	

RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

--	--

SIGNATURE DU MÉDECIN

DATE (MM/JJ/AAAA)

--	--

RENSEIGNEMENTS SUR LA PRESCRIPTION

CATHÉTERS EXTERNAES <p><input type="checkbox"/> Conveen® Optima Standard</p> <p><input type="checkbox"/> 25 mm (n° 22025)</p> <p><input type="checkbox"/> 28 mm (n° 22028)</p> <p><input type="checkbox"/> 30 mm (n° 22030)</p> <p><input type="checkbox"/> 35 mm (n° 22035)</p> <p><input type="checkbox"/> 40 mm (n° 22040)</p> <p><input type="checkbox"/> Conveen Optima – Court</p> <p><input type="checkbox"/> 21 mm (n° 22121)</p> <p><input type="checkbox"/> 25 mm (n° 22125)</p> <p><input type="checkbox"/> 30 mm (n° 22130)</p> <p><input type="checkbox"/> 35 mm (n° 22135)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre: _____</p>	SACS COLLECTEURS D'URINE <p><input type="checkbox"/> Conveen Active – Sac à jambe 250 ml/9 oz (n° 25501)</p> <p><input type="checkbox"/> Conveen – Sac à jambe 500 ml/17 oz (n° 5161)</p> <p><input type="checkbox"/> Conveen – Sac à jambe 750 ml/26 oz (n° 5167)</p> <p><input type="checkbox"/> Conveen – Sac de nuit 2 L/68 oz (n° 21346)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre: _____</p>
Fréquence <p><input type="checkbox"/> Changer toutes les 24 heures</p> <p><input type="checkbox"/> Autre: _____</p>	Quantité mensuelle <p><input type="checkbox"/> 30 cathétters externes</p> <p><input type="checkbox"/> 30 sacs à jambe</p> <p><input type="checkbox"/> 30 sacs de nuit</p> <p><input type="checkbox"/> Autre: _____</p>

Veuillez joindre une soumission du détaillant.

Les renseignements contenus dans ce document sont uniquement fournis à titre d'information. Le fournisseur est ultimement responsable des renseignements communiqués à l'assureur aux fins de remboursement. Celui-ci doit vérifier les critères pour la couverture et toutes les autres exigences de l'assureur. La société Coloplast Canada n'offre aucune garantie, de façon expresse ou implicite, quant à l'exactitude ou à la pertinence de ces renseignements pour toute utilisation particulière, et cette information n'est pas destinée à offrir des conseils ou directives quant à la situation particulière de tout patient. Les exigences pour la couverture diffèrent en fonction de la location géographique et des entités ou autorités concernées.