

# 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 EXTERNES

☐ Conveen® Optima Standard

☐ 25 mm (n° 22025)

☐ 28 mm (n° 22028)

☐ 30 mm (n° 22030)

☐ 35 mm (n° 22035)

☐ 40 mm (n° 22040)

☐ Conveen Optima – Court

☐ 21 mm (n° 22121)

☐ 25 mm (n° 22125)

☐ 30 mm (n° 22130)

☐ 35 mm (n° 22135)

☐ Autre : \_\_\_\_\_

### Fréquence

☐ Changer toutes les 24 heures

☐ Autre : \_\_\_\_\_

### SACS COLLECTEURS D'URINE

☐ Conveen Active – Sac à jambe

250 ml/9 oz (n° 25501)

☐ Conveen – Sac à jambe

500 ml/17 oz (n° 5161)

☐ Conveen – Sac à jambe

750 ml/26 oz (n° 5167)

☐ Conveen – Sac de nuit

2 L/68 oz (n° 21346)

☐ Autre : \_\_\_\_\_

### Quantité mensuelle

☐ 30 cathéters externes

☐ 30 sacs à jambe

☐ 30 sacs de nuit

☐ Autre : \_\_\_\_\_

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.