

Demande d'approbation préalable

Soignant:	
Adresse:	
Ville:	Province:
Code Postal:	Numéro de téléphone: ()
Spécialization:	Référé par docteur:

1. Veuillez inclure une copie du document d'immigration du patient (IMM 1442) ou le numéro d'identification du patient et sa date de naissance.

2. Diagnostic/Problème- inclure la gravité des symptômes:

3. Demande d'approbation spéciale (raison):

4. Code d'honoraires, # de DIN, selon le cas:

Prenez note qu'il est préférable que le docteur qui prescrit un médicament ou qui réfère un patient obtienne l'approbation au préalable avant d'envoyer le patient.

Veuillez faire parvenir votre télécopie à:

Attention: Directeur médicale

Télécopieur: 1-800-362-7456

Courrier:

219 Laurier Street

3rd Floor

Ottawa, ON K1A 1L1

