

**BPAP APPLICATION FORM
FORMULAIRE DE DEMANDE DE VSPBBI**

PART A : CLIENT INFORMATION / INFORMATION DU CLIENT

| | | |
|----------------------------|---|--|
| LAST NAME / NOM DE FAMILLE | FIRST NAME / PRENOM | DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE |
| | | |
| ADDRESS / ADRESSE | CITY, TOWN, VILLAGE / VILLE, VILLAGE | POSTAL CODE / CODE POSTAL |
| | | |
| TELEPHONE / TELEPHONE | HEALTH CARD / CARTE D'ASSISTANCE MEDICALE | PRIVATE INSURANCE / ASSURANCE PRIVÉ? |
| | | Yes/Oui <input type="checkbox"/> No/Non <input type="checkbox"/> |

PART B : PRESCRIPTION / ORDONNANCE

TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN | A ÊTRE COMPLÉTÉ PAR UN MÉDECIN

INITIAL PRESCRIPTION | ORDONNANCE INITIALE: REPLACEMENT | REMPLACEMENT: FINAL PURCHASE | ACHAT FINALE

PHYSICIAN CONTACT INFORMATION / COORDONÉES DU MEDECIN

NAME / NOM: _____ SIGNATURE: _____
SPECIALTY / SPÉCIALITÉ _____ DATE: _____

INITIAL DIAGNOSIS AND PRESCRIPTION / DIAGNOSE INITIAL ET ORDONNANCE

(A LEGIBLE COPY OF THE RX CAN BE ATTACHED / UNE COPIE DE LA PRESCRIPTION ECRITE CLAIEMENT PEUT ETRE ATTACHEE)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

SLEEP STUDY SUMMARY / SOMMAIRE DE L'ETUDE DE SOMMEIL

| | | | | |
|----|----|------|--|---|
| DD | MM | YYYY | Level 1 (Sleep Study) Niveau 1 (Etude de sommeil) <input type="checkbox"/> | Apnea-hypopnea index / Indice d'apnée-hypopnea : _____ |
| | | | Level 3 (Nocturnal Oximetry) Niveau 3 (Oximétrie nocturne) <input type="checkbox"/> | Events per hour : Evènements par heure : _____ |

INTERPRETATION SUMMARY / SOMMAIRE D'INTERPRETATIONS

| | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|
| Interpreted by : Interprété par : | | Interpretation date : Date d'interprétation : | |
|--------------------------------------|--|--|--|

PART C : SERVICE PROVIDER CONTACT INFORMATION / COORDONÉES DU FOURNISSEUR DE SERVICES

TO BE COMPLETED BY AN AUTHORISED VENDOR ONLY / A ÊTRE COMPLÉTÉ PAR UN FOURNISSEUR AUTORISÉ

CONTACT NAME: _____ TELEPHONE: _____ FAX: _____
PERSONNE RESSOURCE: _____ TELEPHONE: _____ TELECOPIEUR: _____
VENDOR: _____
FOURNISSEUR: _____

VENDOR IDENTIFICATION NUMBER : _____
NUMERO D'IDENTIFICATION DU FOURNISSEUR : _____

**ANY CHANGES MUST BE PRIOR APPROVED - PRODUCTS THAT HAVE NOT BEEN AUTHORIZED WILL NOT BE PAID.
TOUT CHANGEMENTS DOIT ÊTRE APPROUVÉES EN AVANCE - LES PRODUITS QUI NE SONT PAS AUTORISÉ NE SERONT PAS PAYÉS.**

