

FORMULAIRE DE DEMANDE D'APPAREILS ORTHOPÉDIQUES ET D'ORTHÈSES

RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT

Nom de famille		Prénom		N° de la carte d'assistance médicale	
Adresse				Date de naissance	
				JJ	MM AAAA
Couverture d'une assurance privée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Montant de la couverture d'un tiers		

FOURNISSEUR DE SERVICES

Fournisseur de Services		N° D'Identification du Fournisseur de Service		Courriel	
Adresse			N° de télécopieur		Professionnel orthopédique certifié
Accréditation ou désignation				N° de Certification (si applicable)	
Signature du professionnel orthopédique certifié				Diagnostic du client	
Médecin ou infirmier praticien orienteur				Date de l'ordonnance	

ORTHÈSES DE CLASSE II

<input type="checkbox"/> Groupe A <input type="checkbox"/> Groupe B <input type="checkbox"/> Groupe C <input type="checkbox"/> Groupe D (Se reporter à la politique)						
Marque		Modèle		Taille		<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite
Nombre de critères applicables remplis (se reporter à la politique)					Information de la garantie	
Description détaillée des orthèses						
Justification concernant les critères non remplis et renseignements supplémentaires						

NOM DU CLIENT : _____ N° DE LA CARTE D'ASSISTANCE MÉDICALE : _____

ORTHÈSES DE CLASSE III – FABRIQUÉES SUR MESURE

Nombre de critères applicables remplis (se reporter à la politique)	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite
Description détaillée des orthèses	Information de la garantie
Justification concernant les critères non remplis et/ou renseignements supplémentaires	

RÉPARATIONS, AJUSTEMENTS ET MODIFICATIONS D'ORTHÈSES

<input type="checkbox"/> Réparation <input type="checkbox"/> Ajustement <input type="checkbox"/> Modification		<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite		<input type="checkbox"/> Les deux côtés	
Âge de l'article		Marque (le cas échéant)		Modèle (le cas échéant)	
Nombre de critères applicables remplis (se reporter à la politique)				Information de la garantie	
Description de la modification, de l'ajustement ou de la réparation					
Justification concernant les critères non remplis et renseignements supplémentaires					

PIÈCES JOINTES

<input type="checkbox"/> Ordonnance du médecin	<input type="checkbox"/> Devis présenté sur une facture des Services de santé	<input type="checkbox"/> Relevé des prestations (assurance privée seulement)
--	---	---