

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CHAUSSURES ET D'ORTHÈSES PLANTAIRES

RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT

| | | | | | |
|-----------------------------------|--|---|--|--------------------------------------|----|
| Nom de famille | | Prénom | | N° de la carte d'assistance médicale | |
| Adresse | | | | Date de naissance | |
| | | | | JJ | MM |
| 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 Services | | 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 | |

CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES NON FABRIQUÉES SUR MESURE (EN STOCK)

| | | | | | |
|--|--|---|--|----------------------------|--|
| Prix de détail | | Frais de participation du client (10 % ou 20 \$ max.) | | Coût des services de santé | |
| Marque | | Modèle | | Taille | |
| | | | | Style | |
| Nombre de critères applicables remplis (se reporter à la politique) | | | | Information de la garantie | |
| Justification concernant les critères non remplis et/ou renseignements supplémentaires | | | | | |

CHAUSSURES MOULÉES

| | | | | | |
|---|--|--|--|----------------------------|--|
| Nombre de critères applicables remplis (se reporter à la politique) | | | | Information de la garantie | |
| Justification concernant les critères non remplis et renseignements supplémentaires | | | | | |

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

ORTHÈSES PLANTAIRES FABRIQUÉES SUR MESURE Gauche Droite Les deux côtés

Information de la garantie

Nombre de critères applicables remplis (se reporter à la politique)

Justification concernant les critères non remplis et renseignements supplémentaires

RÉPARATIONS ET AJUSTEMENTS DE CHAUSSURES ET ORTHÈSES PLANTAIRES Chaussures non fabriquées sur mesure
 Chaussures fabriquées sur mesure
 Orthèses plantaires fabriquées sur mesure

Information de la garantie

 Réparation Ajustement Gauche Droite 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)

Description des réparations ou des ajustements

Justification concernant les critères non remplis et renseignements supplémentaires

MODIFICATIONS DE CHAUSSURES ET ORTHÈSES PLANTAIRES Chaussures non fabriquées sur mesure
 Chaussures fabriquées sur mesure
 Orthèses plantaires fabriquées sur mesure

Information de la garantie

 Gauche Droite 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)

Descriptions des modifications

Justification concernant les critères non remplis et renseignements supplémentaires

PIÈCES JOINTES Ordonnance du médecin Devis présenté sur une facture des Services de santé Relevé des prestations
(assurance privée seulement)