

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'APPAREILS ORTHOPÉDIQUES ET D'ORTHÈSES

### RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT

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

### FOURNISSEUR DE SERVICES

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

### ORTHÈSES DE CLASSE II

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

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)
--	---	---