

## TYPE DE DEMANDE

<input type="checkbox"/> PAIEMENT	<input type="checkbox"/> ANNULATION	<input type="checkbox"/> PRISE EN CHARGE	DEMANDE EN RÉFÉRENCE
-----------------------------------	-------------------------------------	--	----------------------

## DISPENSATEUR

NUMÉRO	<input type="checkbox"/> PAYER À LA PERSONNE ASSURÉE <input type="checkbox"/> COMPTE ADMINISTRATIF _____	DATE DE SERVICE
		JOUR    MOIS    ANNÉE

## PERSONNE ASSURÉE

### ENFANT DE MOINS D'UN AN SANS NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE D'UN PARENT	NOM DE FAMILLE DE L'ENFANT
	PRÉNOM DE L'ENFANT	DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT JOUR    MOIS    ANNÉE
		SEXE DE L'ENFANT M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

## PRODUITS ET SERVICES 1

## PRODUITS ET SERVICES 2

		AIDE EN RÉFÉRENCE					AIDE EN RÉFÉRENCE		
NATURE DE SERVICE	RAISON DE REMPLACEMENT	CODE	CÔTÉ	DATE DE PRISE DE POSSESSION JOUR    MOIS    ANNÉE	NATURE DE SERVICE	RAISON DE REMPLACEMENT	CODE	CÔTÉ	DATE DE PRISE DE POSSESSION JOUR    MOIS    ANNÉE
<b>AIDE</b>		CODE DE L'AIDE	CÔTÉ	MONTANT DEMANDÉ	<b>AIDE</b>		CODE DE L'AIDE	CÔTÉ	MONTANT DEMANDÉ
<b>SERVICE (ENTRETIEN ET RÉPARATION)</b>		CODE DE L'AIDE		MONTANT DEMANDÉ	<b>SERVICE (ENTRETIEN ET RÉPARATION)</b>		CODE DE L'AIDE		MONTANT DEMANDÉ
<b>TOTAL</b> ▶					<b>TOTAL</b> ▶				
<b>MONTANT TOTAL DE LA DEMANDE</b> TOTAL ▶									

## RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES


## SIGNATURE DU DISPENSATEUR

Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et complets. Je certifie avoir rendu les services décrits ci-dessus conformément au Programme des prothèses oculaires.	DATE
Signature du dispensateur _____	JOUR    MOIS    ANNÉE