

# Programme d'appareils suppléant à une déficience physique

Titre premier (prothèses, orthèses, appareils orthopédiques et autres équipements)

## TYPE DE DEMANDE

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

## DISPENSATEUR

|                  |                                    |                                                      |
|------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------|
| NUMÉRO DE PERMIS | DATE DE SERVICE<br>JOUR MOIS ANNÉE | <input type="checkbox"/> PAYER À LA PERSONNE ASSURÉE |
|------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------|

## 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<br>JOUR MOIS ANNÉE                          |
|                            |                                        | SEXE DE L'ENFANT<br>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |

## PRODUITS ET SERVICES 1

|                   |                                         |                                                        |
|-------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| NATURE DE SERVICE | RAISON DE REMPLACEMENT OU DE RÉPARATION | <input type="checkbox"/> La garantie ne s'applique pas |
|-------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------|

## PRODUITS ET SERVICES 2

|                   |                                         |                                                        |
|-------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| NATURE DE SERVICE | RAISON DE REMPLACEMENT OU DE RÉPARATION | <input type="checkbox"/> La garantie ne s'applique pas |
|-------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------|

### AIDE EN RÉFÉRENCE

| CODE | CÔTÉ | FONCTION D'ATTRIBUTION | DATE DE PRISE DE POSSESSION<br>JOUR MOIS ANNÉE |
|------|------|------------------------|------------------------------------------------|
|------|------|------------------------|------------------------------------------------|

### AIDE

| CODE DE L'AIDE | CÔTÉ | FONCTION D'ATTRIBUTION | MONTANT DEMANDÉ |
|----------------|------|------------------------|-----------------|
|----------------|------|------------------------|-----------------|

### COMPLÉMENTS, COMPOSANTS, OPTIONS, ACCESSOIRES

| CODE DE PRODUIT | UNITÉ | MONTANT DEMANDÉ |
|-----------------|-------|-----------------|
|                 |       |                 |
|                 |       |                 |
|                 |       |                 |
|                 |       |                 |
|                 |       |                 |
|                 |       |                 |

### SERVICES (MAIN-D'ŒUVRE, MONTANTS FORFAITAIRES)

| CODE DE PRODUIT | UNITÉ | MONTANT DEMANDÉ |
|-----------------|-------|-----------------|
|                 |       |                 |
|                 |       |                 |
|                 |       |                 |
|                 |       |                 |
|                 |       |                 |

TOTAL

### AIDE EN RÉFÉRENCE

| CODE | CÔTÉ | FONCTION D'ATTRIBUTION | DATE DE PRISE DE POSSESSION<br>JOUR MOIS ANNÉE |
|------|------|------------------------|------------------------------------------------|
|------|------|------------------------|------------------------------------------------|

### AIDE

| CODE DE L'AIDE | CÔTÉ | FONCTION D'ATTRIBUTION | MONTANT DEMANDÉ |
|----------------|------|------------------------|-----------------|
|----------------|------|------------------------|-----------------|

### COMPLÉMENTS, COMPOSANTS, OPTIONS, ACCESSOIRES

| CODE DE PRODUIT | UNITÉ | MONTANT DEMANDÉ |
|-----------------|-------|-----------------|
|                 |       |                 |
|                 |       |                 |
|                 |       |                 |
|                 |       |                 |
|                 |       |                 |
|                 |       |                 |

### SERVICES (MAIN-D'ŒUVRE, MONTANTS FORFAITAIRES)

| CODE DE PRODUIT | UNITÉ | MONTANT DEMANDÉ |
|-----------------|-------|-----------------|
|                 |       |                 |
|                 |       |                 |
|                 |       |                 |
|                 |       |                 |
|                 |       |                 |

TOTAL

MONTANT TOTAL DE LA DEMANDE

TOTAL

## RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

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

## SIGNATURE DU RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT OU DU LABORATOIRE

|                                                                              |                         |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et complets. | DATE<br>JOUR MOIS ANNÉE |
| X _____                                                                      |                         |