

Établissement qui fournit l'appareil	Numéro de dossier de la personne assurée
--------------------------------------	--

**Caractéristiques de l'appareil**

Modèle	Numéro de série
Nom du fabricant	Coût

**Autres aides, composants ou compléments attribués**

Date	Description	Coût
Année	Mois	Jour

**Engagement de la personne assurée**

Moi, \_\_\_\_\_  
(nom en lettres majuscules)

je reconnais que l'on me remet aujourd'hui un appareil ainsi que, le cas échéant, les autres aides, composants ou compléments décrits ci-dessus. J'ai pris connaissance des renseignements contenus dans la présente brochure, notamment en ce qui a trait à ma responsabilité, à l'entretien et au retour de cet appareil.

Je m'engage, tel que le prévoit l'article 57 du Règlement sur les appareils suppléant à une déficience physique et assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, à le retourner, si je cesse de l'utiliser, au service d'aides techniques d'un établissement qui a signé avec la Régie de l'assurance maladie du Québec un accord autorisé par le gouvernement.

Numéro d'assurance maladie de la personne assurée	Signature de la personne assurée ou de son répondant	Date de prise de possession
		Année Mois Jour

\* Le terme *appareil* désigne aussi bien les fauteuils roulants manuels et motorisés que les bases de positionnement et les poussettes.