

ORDONNANCE MÉDICALE

À L'USAGE DE LA RÉGIE

NATURE DE LA PRESCRIPTION

- PROTHÈSE APPAREIL ORTHOPÉDIQUE AIDE À LA LOCOMOTION
 ORTHÈSE * AUTRE APPAREIL AIDE À LA POSTURE

IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

NOM

PRÉNOM

DIAGNOSTIC

INCAPACITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE

* INFORMATIONS REQUISES LORS DE LA PRESCRIPTION D'UNE ORTHÈSE

Préciser s'il y a nécessité du port quotidien : _____

Pour une période médicalement requise

de _____ mois à vie

Pour une personne assurée de moins de 19 ans, veuillez préciser quelle déformation l'orthèse doit corriger lorsqu'elle est **requis** pour une durée inférieure à celle prévue au règlement, c'est-à-dire: 6 mois pour une orthèse du membre inférieur, 3 mois pour une orthèse du tronc, 1 mois pour une orthèse du membre supérieur.

Préciser la durée totale du port quotidien pour l'ensemble des orthèses lorsque la réadaptation nécessitera le port quotidien de plus d'une orthèse de façon successive : ▶

_____ mois

PRESCRIPTION

Régie de l'assurance maladie

Québec



SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR

NUMÉRO

DATE
ANNÉE

MOIS

JOUR