

**SOCIAL ASSISTANCE CLIENTS ONLY / NON DIABETIC FOOT/NAIL CARE APPLICATION FORM
 POUR CLIENTS AVEC ASSISTANCE SOCIALE SEULEMENT / FORMULAIRE DE DEMANDE DE
 SOINS DES PIEDS ET DES ONGLES / NON DIABÉTIQUE**

**THE FOLLOWING 5 STEPS MUST BE COMPLETED
 BEFORE THIS APPLICATION CAN BE PROCESSED:**

1. Applicant **must** complete **Client Information Section** and provide form to their Physician or Nurse practitioner.
2. Physician, Nurse Practitioner **must** fill out **Section 1 & Part A, B and C and return to client.**
3. **Client must choose an authorized Foot/Nail Service vendor and provide them the form.**
4. Authorized Foot/Nail Care Service Vendor **must** complete Section 2, (Note: **Vendor number is required**)
5. Completed form to be returned to:

**Health Services Program
 P.O. Box 5500, Fredericton, NB E3B 5G4
 Fax: (506) 453-3960**

**LES CINQ ÉTAPES SUIVANTES DOIVENT ÊTRE
 COMPLÉTÉES POUR QUE CETTE DEMANDE
 PUISSE ÊTRE TRAITÉE:**

1. Le demandeur **doit** remplir la **section Renseignements sur le client** et remettre le formulaire à son médecin ou son infirmière praticienne.
2. Le médecin ou l'infirmière praticienne **doit** remplir la **section 1 et les parties A, B et C du formulaire et le retourner au client.**
3. **Le client doit choisir un vendeur autorisé de soins des pieds et des ongles et lui remettre le formulaire.**
4. Le vendeur autorisé de soins des pieds et des ongles **doit** remplir la section 2. (**Remarque: Un numéro de vendeur est requis.**)
5. Une fois le formulaire rempli, il doit être retourné a:

**Programme des services d'assistance médicale
 C.P. 5500, Fredericton B6, E3B 5G4
 Télécopieur: 506-453-3960**

TO BE COMPLETED BY THE APPLICANT / À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

CLIENT INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT

LAST NAME / NOM DE FAMILLE	FIRST NAME / PRÉNOM	DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE
ADDRESS / ADRESSE	CITY, TOWN, / CITÉ, VILLE	POSTAL CODE / CODE POSTAL
TELEPHONE / TÉLÉPHONE	S.D. HEALTH CARD # / N ^O . CARTE D'ASSISTANCE MÉDICALE D.S.	

**TO BE COMPLETED BY A PHYSICIAN OR NURSE PRACTITIONER
 À REMPLIR PAR UN MÉDECIN OU UNE INFIRMIÈRE PRATICIENNE**

**SECTION 1: CONTACT INFORMATION - AUTHORIZED PRESCRIBER
 SECTION 1: COORDONNÉES DE LA PERSONNE AUTORISÉE À PRESCRIRE**

PRESCRIBER NAME/NOM	SIGNATURE/SIGNATURE	TELEPHONE / TÉLÉPHONE	DATE

**PART A: DIAGNOSIS AND FUNCTIONAL IMPAIRMENT
 PARTIE A: CONDITIONS, DIAGNOSTIC ET DÉFICIENCE FONCTIONNELLE OU AFFECTIIONS**

Please indicate the patient's diagnosis and functional impairment specific to the foot/nail that provides the medical justification for this benefit / Veuillez décrire le diagnostic et la déficience fonctionnelle propres aux pieds ou aux ongles du patient et qui justifient cette prestation du point de vue médical.

Diagnosis: / Diagnostic:

Functional impairment / Déficience fonctionnelle:

PART B: PHYSICAL FINDINGS
PARTIE B: SIGNES PHYSIQUES

Please indicate the physical findings **specific to the foot/nail** that support the benefit request / Veuillez décrire les signes physiques **propres aux pieds ou aux ongles** et qui appuient cette demande de prestation.

Note: Coverage for routine foot/nail care will be dependent upon whether or not the requesting physician/nurse practitioner has identified physical findings exists with the foot/nail. La couverture pour les soins de routine des pieds ou des ongles dépendra des signes physiques observés ou non par le médecin ou l'infirmière praticienne traitant, le cas échéant.

PART C: TIME FRAME OF MEDICAL ISSUE
PARTIE C: ÉVOLUTION DU PROBLÈME MÉDICAL

Please indicate below if the patient's functional impairment/ condition(s) is expected to improve. Veuillez indiquer ci-dessous si une amélioration de la déficience fonctionnelle ou des affections du patient est attendue.

- The client's foot/nail issue should improve within _____ (timeframe indicated). Le problème de pieds ou d'ongles du patient devrait s'améliorer d'ici _____ (inscrire l'échéancier prévu).
- The client's foot/nail issue is not expected to improve/ On n'attend aucune amélioration du problème de pieds ou d'ongles du patient.

TO BE COMPLETED BY FOOT / NAIL CARE AUTHORIZED VENDOR
A REMPLIR PAR LE VENDEUR AUTORISÉ DE SOINS DE PIEDS/ONGLES

MAXIMUM ALLOWABLE BENEFIT IS \$45.00 EVERY 60 DAYS
LA PRESTATION MAXIMALE ADMISSIBLE EST DE 45 \$ TOUS LES 60 JOURS

SECTION 2: FOOT/NAIL CARE AUTHORIZED VENDOR DETAILS
SECTION 2: DÉTAILS DU VENDEUR AUTORISÉ DE SERVICES DE SOINS DES PIEDS ET DES ONGLES

BUSINESS NAME NOM DE L'ENTREPRISE	VENDOR# / N° DE VENDEUR	
ADDRESS / ADRESSE	CITY, TOWN, / CITÉ, VILLE	POSTAL CODE / CODE POSTAL
E-MAIL/ ADRESSE COURRIEL	TELEPHONE / TÉLÉPHONE	FAX/ TÉLÉCOPIEUR

FOR OFFICE USE ONLY / RÉSERVÉ SEULEMENT À L'USAGE INTERNE

ADMINISTRATOR / ADMINISTRATEUR

NAME / NOM	PHONE / TÉLÉPHONE
------------	-------------------

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> APPROVED DATE / DATE DE L'APPROBATION | <input type="checkbox"/> REFUSED DATE SEE COMMENTS BELOW / DATE DU REFUS (VOIR LES COMMENTAIRES CI-DESSOUS) | <input type="checkbox"/> PENDING INFORMATION SEE COMMENTS BELOW/ EN ATTENTE D'INFORMATION (VOIR LES COMMENTAIRES CI-DESSOUS) |
|--|---|--|

NOTES / REMARQUES