

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE CHAUSSURES ET D'ORTHÈSES PLANTAIRES

### RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT

Nom de famille		Prénom		N° de la carte d'assistance médicale	
Adresse				Date de naissance	
				JJ	MM
Couverture d'une assurance privée		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Montant de la couverture d'un tiers	

### FOURNISSEUR DE SERVICES

Fournisseur de Services		N° D'Identification du Fournisseur de Services		Courriel	
Adresse				N° de télécopieur	
				Professionnel orthopédique certifié	
Accréditation ou désignation				N° De Certification (si applicable)	
Signature du professionnel orthopédique certifié				Diagnostic du client	
Médecin ou infirmier praticien orienteur				Date de l'ordonnance	

### CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES NON FABRIQUÉES SUR MESURE (EN STOCK)

Prix de détail		Frais de participation du client (10 % ou 20 \$ max.)		Coût des services de santé	
Marque		Modèle		Taille	
				Style	
Nombre de critères applicables remplis (se reporter à la politique)				Information de la garantie	
Justification concernant les critères non remplis et/ou renseignements supplémentaires					

### CHAUSSURES MOULÉES

Nombre de critères applicables remplis (se reporter à la politique)				Information de la garantie	
Justification concernant les critères non remplis et renseignements supplémentaires					

NOM DU CLIENT : \_\_\_\_\_ N° DE LA CARTE D'ASSISTANCE MÉDICALE : \_\_\_\_\_

**ORTHÈSES PLANTAIRES FABRIQUÉES SUR MESURE** Gauche  Droite  Les deux côtés

Information de la garantie

Nombre de critères applicables remplis (se reporter à la politique)

Justification concernant les critères non remplis et renseignements supplémentaires

**RÉPARATIONS ET AJUSTEMENTS DE CHAUSSURES ET ORTHÈSES PLANTAIRES** Chaussures non fabriquées sur mesure  
 Chaussures fabriquées sur mesure  
 Orthèses plantaires fabriquées sur mesure

Information de la garantie

 Réparation  Ajustement Gauche  Droite  Les deux côtés

Âge de l'article

Marque  
(le cas échéant)Modèle  
(le cas échéant)

Nombre de critères applicables remplis (se reporter à la politique)

Description des réparations ou des ajustements

Justification concernant les critères non remplis et renseignements supplémentaires

**MODIFICATIONS DE CHAUSSURES ET ORTHÈSES PLANTAIRES** Chaussures non fabriquées sur mesure  
 Chaussures fabriquées sur mesure  
 Orthèses plantaires fabriquées sur mesure

Information de la garantie

 Gauche  Droite  Les deux côtés

Âge de l'article

Marque  
(le cas échéant)Modèle  
(le cas échéant)

Nombre de critères applicables remplis (se reporter à la politique)

Descriptions des modifications

Justification concernant les critères non remplis et renseignements supplémentaires

**PIÈCES JOINTES** Ordonnance du médecin Devis présenté sur une facture des Services de santé Relevé des prestations  
(assurance privée seulement)