

Formulaire d'évaluation prothétique

Vainqueur Vainqueur adulte Adulte amputé

Nom du centre prothétique : _____ Nom du client ou de la cliente : _____

Adresse : _____ Adresse : _____

Personne à contacter pour obtenir de l'information : _____

Tél. : _____ Tél. : _____

Courriel : _____ Courriel : _____

Travail pour prothèse : Standard Récréative (activité : _____)
 Préparatoire Définitive

Nouvelle demande Demande révisée Raison : _____

Niveau d'amputation (p. ex. BK, TT, AU ou TH) Gauche _____ Droite _____ Bilatérale _____

Appareillage complet Composants Ajustements/Réparations Accessoires

Autres (spécifiez) _____

Veillez inscrire la répartition des coûts à la page 2 ou joindre une liste à ce formulaire rempli.

- Une copie de cette demande signée par Les Amputés de guerre vous sera retournée pour vous indiquer le montant accordé. Veuillez nous en fournir une copie lors de la présentation de votre facture.
- Les renseignements recueillis pourraient être traités par un fournisseur de services tiers.
- **Note concernant la facture : Le centre prothétique est prié de joindre à sa facture une copie du formulaire « Autorisation de paiement et couverture d'assurance » signé par le client, dans lequel celui-ci déclare être satisfait du résultat, ainsi qu'une preuve de paiement des autres sources d'aide financière.**

Section réservée aux Amputés de guerre

Montant autorisé : _____ \$

Cette autorisation prendra fin le : _____

Signature autorisée _____ Date _____

Référence N° : _____

Autorisation du centre prothétique
(svp taper le nom ou l'inscrire à la main)

Date

