

**AVIS DE PRIVILÈGES SPÉCIFIQUES
D'ORDONNANCE MÉDICALE**

(Règlement sur les appareils suppléant à une
déficience physique – Art. 26, 2^e et 68, 2^e)

ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	NO D'ÉTABLISSEMENT
------------------------	--------------------

PROFESSIONNEL

NOM ET PRÉNOM	NUMÉRO
<input type="checkbox"/> OMNIPRATICIEN <input type="checkbox"/> SPÉCIALISTE EN PÉDIATRIE	

PRIVILÈGES SPÉCIFIQUES D'ORDONNANCE MÉDICALE

COCHER LA OU LES CASES SELON LES PRIVILÈGES ACCORDÉS

PROTHÈSES, ORTHÈSES, APPAREILS ORTHOPÉDIQUES ET AUTRES ÉQUIPEMENTS (ART. 26, 2^e)

AIDES À LA LOCOMOTION ET À LA POSTURE (ART. 68, 2^e)

L'avis de privilèges est en vigueur du: ANNÉE MOIS JOUR au ANNÉE MOIS JOUR

SIGNATURE

PERSONNE AUTORISÉE DE L'ÉTABLISSEMENT (LETTRES MAJUSCULES)	SIGNATURE	DATE
		ANNÉE MOIS JOUR

À L'USAGE DE LA RÉGIE

NO DE LETTRE	NO DU CONTRAT	DATE DU TRAITEMENT	INITIALES
COMMENTAIRES			