

**SOCIAL ASSISTANCE CLIENTS ONLY / POUR CLIENTS AVEC ASSISTANCE SOCIALE SEULEMENT**

**NON DIABETIC FOOTNAIL CARE APPLICATION  
 FORMULAIRE DE DEMANDE 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 <sup>o</sup> . 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 DE LA PERSONNE AUTORISÉE	SIGNATURE / SIGNATURE	TELEPHONE/ TÉLÉPHONE	DATE / 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.

Veillez 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 \$60 EVERY 60 DAYS**  
**LA PRESTATION MAXIMALE ADMISSIBLE EST DE 60 \$ 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 # / No DE VENDEUR
ADDRESS / ADRESSE		POSTAL CODE / CODE POSTAL
CITY, TOWN, / CITÉ, VILLE		
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**