



Formulaire HA-01
Rapport sur l'ajustement et le service relatifs à un appareil auditif
Code du document (MP) – Réservé à l'usage interne

Veillez envoyer ce formulaire par la POSTE à l'adresse :
Case postale 160
Saint John (N.-B.) E2L 3X9

Veillez télécopier ce formulaire sans frais au : **1 888 629-4722**
Téléphone sans frais : **1 800 222-9775**

Nom et adresse du fournisseur de services	Nom et adresse du travailleur
Code de bénéficiaire du fournisseur de services	Numéro de réclamation

Date du rendez-vous ou de la visite du travailleur (AAAA-MM-JJ)

Date d'achat initial de l'appareil auditif (AAAA-MM-JJ)	Nom de modèle et n° de série de l'appareil auditif
---	--

Veillez cocher les cases et utiliser les espaces fournis ci-dessous pour indiquer la raison de la visite. Veillez remplir TOUT ce qui s'applique.

AJUSTEMENT

- Ajustement – selon la liste des appareils de l'offre permanente
- Ajustement – selon la liste des exceptions de l'offre permanente (Veillez remplir et joindre le *Formulaire HA-02 – Rapport d'exception.*)

ENTRETIEN / RÉPARATION MINEURE

- Nettoyage
 - Reprogrammation
 - Retrait du cérumen
 - Mesures du gain fonctionnel
 - Ajustements
 - Dispositifs anti-cérumen
 - Poires à embout
 - Réparation / Remplacement de la fermeture des piles
 - Crochets auriculaires
 - Trousses de dessiccation Dri-Aid
 - Empreintes auriculaires
 - Tubes
 - Autre (veuillez préciser) : _____
- Commentaires : _____

RÉPARATION PAR LE FABRICANT

- Ne fonctionne plus
 - Déformé
 - Fendu
 - Réaction interne
 - Bruyant
- Autre (veuillez préciser) : _____ Coût de réparation par le fabricant : _____ \$
- Commentaires : _____

APPAREILS AUDITIFS DE REMPLACEMENT

Veillez utiliser l'espace ci-dessous pour expliquer pourquoi un ou plusieurs nouveaux appareils auditifs sont requis.

PILES

ÉVALUATION AUDITIVE COMPLÈTE DE DIAGNOSTIC **RÉÉVALUATION AUDITIVE**

Pièces jointes (Veillez joindre toute documentation connexe, comme les factures des fabricants, ou les rapports sur la réévaluation auditive ou l'évaluation auditive complète de diagnostic.)	Remarques ou commentaires supplémentaires :
Nombre total de pièces jointes : _____	Nombre total de pages jointes : _____

Nom du fournisseur d'appareils auditifs traitant	Date d'envoi du formulaire (AAAA-MM-JJ)
--	---

Remarque : Si le travailleur demande de se faire rembourser de son kilométrage pour cette visite, Travail sécuritaire NB utilisera également ce formulaire pour confirmer la visite aux fins du remboursement.