



Formulaire HA-02
Rapport d'exception
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)	Produit ou service requis
--	---------------------------

Date d'achat initial de l'appareil auditif (AAAA-MM-JJ)	N° de série de l'appareil auditif
--	-----------------------------------

Justification de la fourniture des produits ou services

Pièces jointes (Veillez joindre toute documentation connexe, comme 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 : _____

Le (La) soussigné-e affirme que les services demandés ci-dessus ne sont pas dus à l'usage abusif ou à la négligence du travailleur.

AAAA-MM-JJ	Nom en lettres moulées	Signature
------------	------------------------	-----------

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.