



Bureau de Saint John
 Sans frais : 1 800 222-9775
 N° local : 506 632-2200
 N° de télécopieur : 1 888 629-4722

Formulaire HA-01

Rapport sur l'ajustement et le service
 relatifs à un appareil auditif

Code du document (MP) – Réservé à l'usage interne

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

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

AJUSTEMENT	FOURNITURES
<input type="checkbox"/> Ajustement – selon la liste de l'offre permanente concernant les appareils <input type="checkbox"/> Ajustement – selon la liste des exceptions concernant les appareils (veuillez remplir et joindre le Formulaire HA-02 – <i>Rapport d'exception</i>) <input type="checkbox"/> Ajustement – Mise à niveau financée par le travailleur – liste des exceptions concernant les appareils	<input type="checkbox"/> Poires à embout <input type="checkbox"/> Trousse de déshumidification <input type="checkbox"/> Piles _____ Quantité fournie <input type="checkbox"/> Crochet auriculaire <input type="checkbox"/> Tubes <input type="checkbox"/> Pare-cérumen <input type="checkbox"/> Réparation à l'interne : _____ <input type="checkbox"/> Remplacement du receveur dans le canal auditif

ENTRETIEN / SERVICES

<input type="checkbox"/> Réglage / reprogrammation <input type="checkbox"/> Nettoyage <input type="checkbox"/> Retrait de cérumen	<input type="checkbox"/> Empreinte auriculaire <input type="checkbox"/> Mesure d'aide auditive <input type="checkbox"/> Counseling <input type="checkbox"/> Nouvelles directives
Commentaires : _____	

RÉPARATION DU FABRICANT POUR LES APPAREILS AUDITIFS DE MOINS DE 4 ANS (> 4 ans, envoyer le Formulaire HA-02)

<input type="checkbox"/> Ne fonctionne plus <input type="checkbox"/> Déformé <input type="checkbox"/> Fissuré <input type="checkbox"/> Retour interne <input type="checkbox"/> Bruyant <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____	<input type="checkbox"/> Couvert par la garantie <input type="checkbox"/> Coût de réparation par le fabricant _____ \$ <input type="checkbox"/> Frais de réparation _____ \$ <input type="checkbox"/> Hors spécifications <input type="checkbox"/> Nouvelle fabrication en raison de problème d'ajustement
Commentaires : _____	

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

JJ-MM-AAAA	Nom (en caractères d'imprimerie)	Signature
------------	----------------------------------	-----------

AUTRES RAISONS DE LA VISITE

Demande :

- Appareils de rechange (envoyer le Formulaire HA-02)
- Piles (envoyer la facture)
- Évaluation auditive (envoyer le rapport)
- Nouvelle évaluation auditive (envoyer le rapport)
- Conseils sur les appareils auditifs

Veuillez joindre toute documentation connexe, comme les factures des fabricants, ou les rapports sur la réévaluation auditive ou l'évaluation auditive complète de diagnostic. Nombre total de pièces jointes : _____ Nombre total de pages jointes : _____	Remarques ou commentaires supplémentaires : Si vous avez besoin d'une réponse, veuillez utiliser le Formulaire HA-02.
--	---

Signature du fournisseur de services	Date de soumission du formulaire : JJ-MM-AAAA
--------------------------------------	---