



Bureau de Saint John
 Sans frais : 1 800 999-9775
 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
<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

FOURNITURES
<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"/> Empreinte auriculaire
<input type="checkbox"/> Nettoyage	<input type="checkbox"/> Mesure d'aide auditive
<input type="checkbox"/> Retrait de cérumen	<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"/> Couvert par la garantie
<input type="checkbox"/> Déformé	<input type="checkbox"/> Coût de réparation par le fabricant _____ \$
<input type="checkbox"/> Fissuré	<input type="checkbox"/> Frais de réparation _____ \$
<input type="checkbox"/> Retour interne	<input type="checkbox"/> Hors spécifications
<input type="checkbox"/> Bruyant	<input type="checkbox"/> Nouvelle fabrication en raison de problème d'ajustement
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____	

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

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

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

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