



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	FOURNITURES
<input type="checkbox"/> Ajustement – selon la liste de l'offre permanente concernant les appareils	<input type="checkbox"/> Poires à embout
<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"/> Trousse de déshumidification
<input type="checkbox"/> Ajustement – Mise à niveau financée par le travailleur – liste des exceptions concernant les appareils	<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 : <input type="checkbox"/> Appareils de rechange (envoyer le Formulaire HA-02) <input type="checkbox"/> Piles (envoyer la facture) <input type="checkbox"/> Évaluation auditive (envoyer le rapport) <input type="checkbox"/> Nouvelle évaluation auditive (envoyer le rapport) <input type="checkbox"/> 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.	Remarques ou commentaires supplémentaires :
Nombre total de pièces jointes : _____ Nombre total de pages jointes : _____	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
--------------------------------------	---

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.