

## À l'intention des audiologistes et des audioprothésistes

Remplissez ce formulaire lorsque vous demandez l'**approbation préalable** de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) pour l'achat initial d'articles pouvant présenter des informations auditives, visuelles ou tactiles aux personnes atteintes d'une perte auditive liée au travail (p. ex., amplificateurs de téléphone, dispositifs pour la télévision, systèmes d'alerte, systèmes MF \* [\* soumettre l'autorisation d'une ou d'un audiologiste et l'évaluation audiologique actuelle] et pour la réparation ou le remplacement subséquent de la technologie d'aide auditive.

Les catégories de produits de technologies d'aide auditive et les prix négociés avec les fabricants se trouvent sur le portail de TELUS Santé pour les prestataires.

Pour les demandes de remplacement de technologies d'aide auditive défectueuses, veuillez inclure un rapport du fabricant et(ou) des documents à l'appui lorsque vous soumettez ce formulaire.

Dans le cas de toute technologie d'aide auditive qui a été perdue, volée ou endommagée, veuillez vous assurer que la patiente ou le patient a rempli le *Formulaire de déclaration d'appareils auditifs perdus, volés ou endommagés* (10570B) et l'a soumis à la WSIB pour que le remplacement soit envisagé.

Pour de plus amples renseignements sur les prestations pour appareil auditif ou l'établissement de l'admissibilité pour toute perte auditive liée au travail, veuillez consulter le document 17-07-04 du *Manuel des politiques opérationnelles, Appareils auditifs*.

Vous pouvez soumettre le formulaire dûment rempli à [wsib.ca/fr/soumettre](https://wsib.ca/fr/soumettre). Vous pouvez aussi nous poster votre formulaire dûment rempli si vous n'avez pas accès à notre site Web.

Visitez [wsib.ca/fr/soumettre](http://wsib.ca/fr/soumettre) pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui. Le présent formulaire doit être rempli par une personne qui est audiologiste ou audioprothésiste. Avant de le remplir, veuillez lire la page d'instructions.

Renseignements sur la personne praticienne de la santé auditive		
Nom de la clinique	Numéro de cellulaire de la clinique	Numéro de prestataire à la WSIB
Adresse de la clinique		Numéro de téléphone
Personne praticienne de la santé auditive		Numéro d'enregistrement

Renseignements sur la patiente ou le patient		
Nom de famille	Prénom	Date de naissance (jj/mmm/aaaa)
Adresse domiciliaire		Numéro de téléphone

**Veuillez indiquer le type de demande.**

**Section A : Demande initiale de technologie d'aide auditive**

**Veuillez fournir les renseignements suivants sur la technologie d'aide auditive demandée initialement.**

Technologie d'aide auditive initiale	Description du produit	Fabricant	Modèle	Code de produit	Prix

**Veuillez fournir les raisons cliniques de la demande initiale de technologie d'aide auditive.**

**Section B : Demande de remplacement ou pour technologie d'aide auditive perdue, volée ou endommagée**

**Veuillez indiquer le type de demande pour technologie d'aide auditive :**

		remplacement	perte	vol	endommagement
1.	Oui	Non	La WSIB a-t-elle déjà remplacé la technologie d'aide auditive de la patiente ou du patient? Si oui, veuillez fournir la documentation à l'appui et les renseignements sur le produit correspondant au modèle actuel de technologie d'aide auditive.		
2.	Oui	Non	La technologie d'aide auditive est-elle encore couverte durant la période de garantie du fabricant?		
3.	Oui	Non	Le fabricant a-t-il testé la technologie d'aide auditive? Si oui, veuillez fournir la documentation à l'appui.		
4.	Oui	Non	La technologie d'aide auditive est-elle irréparable? Si oui, veuillez fournir la documentation à l'appui.		

J'ai joint au présent formulaire la ou les factures, le prix de la réparation et(ou) la documentation à l'appui du fabricant (c'est-à-dire les factures du fabricant ou le rapport sur le prix de la réparation).

Envoyez un courriel à [accessibilite@wsib.on.ca](mailto:accessibilite@wsib.on.ca) si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.

**Veillez fournir les renseignements suivants sur la technologie d'aide auditive actuelle et la technologie d'aide auditive de remplacement demandée.**

Technologie d'aide auditive actuelle :	Modèle	Numéro de série		Date d'exécution de l'ordonnance originale	
Technologie d'aide auditive de remplacement demandée :	Description du produit	Fabricant	Modèle	Code de produit	Prix

**Pour les remplacements seulement : veuillez fournir les raisons cliniques et les détails de la raison pour laquelle une technologie d'aide auditive de remplacement est demandée.**

**Pour les technologies d'aide auditive perdues, volées ou endommagées seulement : veuillez fournir une explication exhaustive sur la façon dont la technologie d'aide auditive de la patiente ou du patient a été perdue, volée ou endommagée.**

#### Déclaration et signature de la personne praticienne de la santé

En signant ci-dessous, je comprends que toute personne qui fait délibérément une déclaration fautive à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) commet une infraction et je déclare que tous les renseignements fournis ci-dessus sont véridiques.

<b>Audiologiste</b>	<b>Signature de l'audiologiste</b>	<b>Date (jj/mmm/aaaa)</b>
Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela représente votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.		
<b>Audioprothésiste</b>	<b>Signature de l'audioprothésiste</b>	<b>Date (jj/mmm/aaaa)</b>
Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela représente votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.		

#### Attestation et signature de la patiente ou du patient

En signant ci-dessous, j'atteste et comprends que mon prestataire de soins de santé auditive demande en mon nom à la WSIB l'autorisation de demander un ou des appareils auditifs pour les motifs indiqués ci-dessus.

<b>Nom</b>	<b>Signature</b>	<b>Date (jj/mmm/aaaa)</b>
Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela représente votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.		