

Visitez wsib.ca/fr/soumettre pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.

S'il y a lieu, nous pouvons envisager la question de prothèses auditives de remplacement ou de niveau d'exception. Pour de plus amples [renseignements sur les appareils auditifs](#), visitez notre site Web.

Toute demande de remplacement de prothèse auditive présentée durant la période prévue de cinq ans doit être accompagnée de tous les documents confirmant que la patiente ou le patient a besoin d'une nouvelle prothèse auditive.

La Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) peut autoriser le remplacement de prothèse auditive au cours du cycle de cinq ans dans les situations suivantes :

- changement d'acuité auditive d'au moins 20 dB à trois fréquences comprises entre 500 et 3 000 Hz;
- évolution de l'état de santé influant sur la capacité d'utiliser les prothèses auditives;
- problèmes d'ajustement;
- changement dans les tâches et le milieu de travail;
- utilisation bimodale de prothèse auditive et autres causes médicales;
- réparation, si le nombre de réparations accumulées par le fabricant fait que la ou les prothèses auditives ne sont plus viables.

Veuillez choisir une ou des prothèses auditives dans la liste de sélection des prothèses auditives sur le portail des prestataires de TELUS Santé.

Un prestataire de soins de santé auditive doit remplir ce formulaire et le faire signer en personne par sa patiente ou son patient. Dans le cas d'un appareil auditif perdu, volé ou endommagé, la patiente ou le patient doit nous soumettre le *Formulaire de déclaration d'appareils auditifs perdus, volés ou endommagés (10570B)* pour que nous puissions envisager la question du remplacement.

Avant de présenter une demande d'exception, la patiente ou le patient doit essayer les prothèses auditives d'entrée ou de milieu de gamme d'un autre fabricant attiré.

Les demandes d'exception clinique et les ordonnances doivent porter une signature d'audiologiste et(ou) de médecin et s'accompagner du *Formulaire d'évaluation audiologique (3275B)*. Veuillez tenir compte des choses suivantes en demandant une exception clinique :

1. perte auditive et troubles médicaux;
2. ajustement physique;
3. tâches et milieu de travail.

Pour de plus amples renseignements sur la fourniture, le remplacement ou la réparation des appareils auditifs, veuillez consulter notre politique sur les appareils auditifs ([politique 17-07-04](#)). Pour en savoir plus sur le Programme de services auditifs, visitez wsib.ca/fr/programmeservicesauditifs.

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

Envoyez un courriel à accessibilite@wsib.on.ca si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.

Visitez wsib.ca/fr/soumettre pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.

Renseignements sur le prestataire de soins de santé auditive		
Nom de la clinique	Numéro de téléphone de la clinique	Numéro de prestataire de la WSIB
Adresse de la clinique		
Nom du prestataire de soins de santé auditive ou de la personne médecin		Numéro d'inscription

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

Veuillez indiquer ce que vous demandez :	
Remplacement de prothèse(s) auditive(s)	Veuillez remplir la section A (soumettre l'ordonnance de la personne audiologiste et[ou] de la personne médecin ainsi que le <i>Formulaire d'évaluation audiolgique</i>).
Prothèse(s) auditive(s) perdue(s), volée(s) ou endommagée(s)	Veuillez remplir la section B.
Exception clinique	Veuillez remplir la section C (soumettre l'ordonnance de la personne audiologiste et[ou] de la personne médecin ainsi que le <i>Formulaire d'évaluation audiolgique</i>).

Section A : Remplacement de prothèse(s) auditive(s)

J'ai mis des documents médicaux justificatifs en annexe.	J'ai mis le <i>Formulaire d'évaluation audiolgique</i> en annexe.	J'ai mis l'ordonnance en annexe.
--	---	----------------------------------

Motif de la demande de remplacement :	Oreille droite	Oreille gauche
Changement d'acuité auditive (plus de 20 dB)		
Changement dans la capacité d'utiliser la ou les prothèses auditives		
Problèmes d'ajustement		
Changement dans les tâches et le milieu de travail		
Autre :		

Veuillez fournir les renseignements suivants sur la ou les prothèses auditives actuelles et la ou les prothèses auditives de remplacement demandées :

	Oreille	Fabricant	Modèle	Numéro de série	Date d'exécution de l'ordonnance d'origine
Prothèse(s) auditive(s) actuelle(s) :	Oreille droite				
	Oreille gauche				
	Oreille	Fabricant	Modèle	Code de service	Prix
Remplacement demandé :	Oreille droite				
	Oreille gauche				

Envoyez un courriel à accessibilite@wsib.on.ca si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.

Section B : Prothèse(s) auditive(s) perdue(s), volée(s) ou endommagée(s)

J'ai joint au présent formulaire la facture du fabricant, le rapport et les documents justificatifs (c.-à-d. la facture du fabricant et le devis de réparation ou la confirmation du fabricant que la ou les prothèses auditives sont irrémédiablement endommagées).

La ou les prothèses auditives perdues, volées ou endommagées sont-elles encore couvertes par la période de garantie du fabricant portant sur la perte et l'endommagement? Oui Non

La garantie du fabricant a-t-elle été utilisée pour une prothèse auditive perdue, volée ou endommagée par le passé? Oui Non
Si « Oui », veuillez fournir les justificatifs.

Le fabricant a-t-il testé la prothèse auditive? Oui Non
Si « Oui », veuillez fournir les justificatifs et indiquer la date du test :

La fabrication de la ou des prothèses auditives d'origine a-t-elle été interrompue? Oui Non
Si « Oui », veuillez indiquer le ou les modèles de remplacement similaires recommandés par le fabricant.
Si « Non », veuillez fournir une copie de l'ordonnance et du *Formulaire d'évaluation audiolinguistique*.

Veuillez fournir les renseignements suivants sur la ou les prothèses auditives actuelles et la ou les prothèses auditives de remplacement demandées :

	Oreille	Fabricant	Modèle	Numéro de série	Date d'exécution de l'ordonnance d'origine
Prothèse(s) auditive(s) actuelle(s) :	Oreille droite				
	Oreille gauche				
	Oreille	Fabricant	Modèle	Code de service	Prix
Remplacement demandé :	Oreille droite				
	Oreille gauche				

Pour les prothèses perdues, volées ou endommagées seulement : veuillez fournir une explication exhaustive sur la façon dont la ou les prothèses auditives de la patiente ou du patient ont été perdues, volées ou endommagées :

Section C : Demande d'exception clinique

Tous les éléments suivants sont requis lors de la soumission d'une demande de prothèse auditive de niveau d'exception.

J'ai mis des documents médicaux justificatifs en annexe.

J'ai mis le *Formulaire d'évaluation audiolinguistique* en annexe.

J'ai mis l'ordonnance en annexe.

J'ai mis en annexe la facture du fabricant pour la prothèse auditive de milieu de gamme.

Veuillez fournir les renseignements suivants sur la ou les prothèses auditives actuelles et la ou les prothèses auditives de remplacement demandées :

	Oreille	Fabricant	Modèle	Numéro de série	Date d'exécution de l'ordonnance d'origine
Prothèse(s) auditive(s) actuelle(s) :	Oreille droite				
	Oreille gauche				
	Oreille	Fabricant	Modèle	Code de service	Prix
Remplacement demandé :	Oreille droite				
	Oreille gauche				

Section C : Demande d'exception clinique (suite)

Avez-vous testé une prothèse auditive de milieu de gamme avec votre patiente ou patient? Oui Non
 Si « Non », veuillez expliquer pourquoi.

Pour les exceptions cliniques seulement : veuillez fournir les raisons cliniques du besoin d'une ou de prothèses auditives de niveau d'exception :

Section D : Utilisation des prothèses auditives (la patiente ou le patient doit remplir cette section)

1. Voici quand je dois porter mes prothèses auditives (cocher tout ce qui s'applique) :

À la maison Au travail Dans le cadre d'activités sociales/loisirs Autre

2. Je dois connecter mes prothèses auditives à ce qui suit (cocher tout ce qui s'applique) :

Téléphone résidentiel filaire Téléphone résidentiel sans fil Téléphone intelligent Android iPhone
 Autre

3. J'ai besoin de renseignements sur le fonctionnement de mes prothèses auditives avec mes appareils ou accessoires de protection auditive : Oui Non S.O.

4. Pour répondre à mes besoins liés aux prothèses auditives, je recevrai de l'aide de la part de (cocher tout ce qui s'applique) :
 Ma famille Mes ami(e)s Une procuration Une personne préposée aux services de soutien à la personne
 Établissement de soins/d'aide à la vie autonome Autre

Section E : Déclaration et signature de la personne praticienne de la santé ou médecin

En signant ci-dessous, je comprends que toute personne qui fait délibérément une déclaration fautive à la WSIB commet une infraction et je déclare que tous les renseignements fournis ci-dessus sont véridiques.

Audiologiste	Signature	Date (jj/mmm/aaaa)
Médecin	Signature	Date (jj/mmm/aaaa)
Audioprothésiste	Signature	Date (jj/mmm/aaaa)

Section F : 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 une ou des prothèses auditives pour les motifs indiqués ci-dessus.

Nom	Signature	Date (jj/mmm/aaaa)
-----	-----------	--------------------