

Veillez remplir le présent formulaire en précisant les dernières prothèses auditives choisies (si elles diffèrent des premières fournies) au cours de la période d'essai de 30 à 90 jours.

Le prestataire de soins de santé auditive ayant mené l'évaluation doit remplir ce formulaire et le faire signer par sa patiente ou son patient. La patiente ou le patient doit le signer en personne.

Pour soumettre le formulaire dûment rempli et les documents à l'appui, veuillez ouvrir une session sur wsib.ca/fr/soumettre.

S'agissant des prothèses auditives de niveau d'exception, veuillez consulter les lignes directrices cliniques à wsib.ca/fr/exceptions-cliniques.

Pour en savoir plus sur le Programme de services auditifs, visitez wsib.ca/fr/programmeservicesauditifs.

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.

A. Renseignements sur la patiente ou le patient			
Nom de famille	Prénom	Initiale	Date de naissance (jj/mmm/aaaa)
Patient(e) à la retraite Patient(e) travaillant	Titre du poste (si la patiente ou le patient travaille)		

B. Renseignements sur le prestataire de soins de santé				
Audiologiste	Audioprothésiste			
Numéro d'inscription	Nom du prestataire de soins de santé	Nom de la clinique		
Adresse de la clinique (numéro, rue, appartement)				
Ville	Province	Code postal	Téléphone	Numéro de prestataire de la WSIB

C. Retour des prothèses auditives au fabricant
Fabricant :
Modèle :
Numéro de série :
Prix :
Code de produit de la WSIB :
Date du retour pour crédit des prothèses auditives au fabricant :

D. Nouvelles prothèses auditives choisies
Fabricant :
Modèle :
Numéro de série :
Prix :
Code de produit de la WSIB :
Date de la commande des nouvelles prothèses auditives choisies auprès du fabricant :
Date de délivrance :
Remarque importante : Veuillez soumettre la facture du fabricant pour les nouvelles prothèses auditives choisies, si vous ne l'avez pas déjà fait.

E. Signature du prestataire de soins de santé auditive		
Nom	Signature	Date (jj/mmm/aaaa)

F. Déclaration et signature de la patiente ou du patient		
J'ai bénéficié de la modification des prothèses auditives mentionnée dans la section D ci-dessus.		
Nom	Signature	Date (jj/mmm/aaaa)

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