

**Formulaire de demande de remplacement de prothèse auditive et(ou) d'exception clinique  
à l'intention  
des audiologistes, des médecins et des audioprothésistes**

Dans certaines conditions, des exceptions d'ordre clinique ou le remplacement peuvent être envisagés. Veuillez consulter les documents sur le remplacement et les exceptions cliniques sur notre site Web.

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

**Toute demande de remplacement de prothèse auditive présentée durant la période de cinq ans doit être accompagnée de toute la documentation à l'appui confirmant que la personne a besoin d'une nouvelle prothèse auditive.**

Dans le cas de tout appareil auditif qui a été perdu, volé ou endommagé, la patiente ou le patient doit soumettre le *Formulaire de déclaration d'appareils auditifs perdus, volés ou endommagés* (10570B) à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) pour que le remplacement soit envisagé.

Les demandes d'exception clinique et les ordonnances doivent porter une signature d'audiologiste et(ou) de médecin et être accompagnées du *Formulaire d'évaluation audiolinguistique* (3275B).

Pour de plus amples renseignements sur la fourniture, le remplacement ou la réparation des appareils auditifs, voir 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.

# Formulaire de demande de remplacement de prothèse auditive et(ou) d'exception clinique

Numéro de dossier

Le présent formulaire doit être rempli par une personne qui est audiologiste, médecin 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 ou médecin		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 ce que vous demandez :	
Remplacement de prothèse(s) auditive(s)	<b>Veuillez remplir la section A (soumettre l'ordonnance d'une personne qui est audiologiste et(ou) médecin ainsi que le <i>Formulaire d'évaluation audiolgique</i>).</b>
Prothèse(s) auditive(s) perdue(s), volée(s) ou endommagée(s)	<b>Veuillez remplir la section B.</b>
Exception clinique	<b>Veuillez remplir la section C (soumettre l'ordonnance d'une personne qui est audiologiste et(ou) médecin ainsi que le <i>Formulaire d'évaluation audiolgique</i>).</b>

Section A : Remplacement de prothèse(s) auditive(s)		
J'ai joint la documentation médicale à l'appui.	J'ai joint le <i>Formulaire d'évaluation audiolgique</i> .	J'ai joint l'ordonnance.

Motif de la demande de remplacement :					
D	G	Changement d'acuité auditive	D	G	Changement dans les tâches et le milieu de travail
D	G	Changement dans la capacité d'utilisation de prothèse(s) auditive(s)	D	G	Autres :
D	G	Problèmes d'ajustement			

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

Oreille (D/G)	Modèle	Numéro de série		Date d'exécution de l'ordonnance originale	
<b>Prothèse(s) auditive(s) actuelle(s) :</b>					
Oreille (D/G)	Fabricant	Modèle	Code de produit	Prix	
<b>Remplacement demandé :</b>					

**Pour les remplacements seulement : veuillez fournir les raisons cliniques à l'appui de votre demande de remplacement (joignez la documentation médicale à l'appui).**

Si vous avez besoin de la présente communication dans un autre format, veuillez écrire à [accessibilite@wsib.on.ca](mailto:accessibilite@wsib.on.ca).

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

1.	Oui	Non	La ou les prothèses auditives perdues, volées ou endommagées sont-elles encore couvertes durant la période de garantie du fabricant pour la perte et l'endommagement?
2.	Oui	Non	La garantie du fabricant a-t-elle été utilisée pour une prothèse auditive perdue, volée ou endommagée par le passé? Si oui, veuillez fournir la documentation à l'appui.
3.	Oui	Non	Le fabricant a-t-il testé la prothèse auditive? Si oui, veuillez fournir la documentation à l'appui et la date du test :
4.	Oui	Non	La ou les prothèses auditives originales sont-elles encore fabriquées? 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 <i>Formulaire d'évaluation audiolinguistique</i> .

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

Oreille (D/G)	Modèle	Numéro de série	Date d'exécution de l'ordonnance originale	
<b>Prothèse(s) auditive(s) actuelle(s) :</b>				
Oreille (D/G)	Fabricant	Modèle	Code de produit	Prix
<b>Remplacement demandé :</b>				

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

**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      Demande initiale      Demande de remplacement**

J'ai joint la documentation médicale à l'appui.      J'ai joint le *Formulaire d'évaluation audiolinguistique*.      J'ai joint l'ordonnance.

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

Oreille (D/G)	Fabricant	Modèle	Code de produit	Prix
<b>Prothèse(s) auditive(s) initiale(s) :</b>				
Oreille (D/G)	Modèle	Numéro de série	Date d'exécution de l'ordonnance originale	
<b>Prothèse(s) auditive(s) actuelle(s) :</b>				
Oreille (D/G)	Fabricant	Modèle	Code de produit	Prix
<b>Remplacement demandé :</b>				

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

**Déclaration et signature - personne praticienne de la santé ou médecin**

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.

Audiologiste	Signature de l'audiologiste	Date (jj/mmm/aaaa)
--------------	-----------------------------	--------------------

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.

Médecin	Signature de la ou du médecin	Date (jj/mmm/aaaa)
---------	-------------------------------	--------------------

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.

Audioprothésiste	Signature de l'audioprothésiste	Date (jj/mmm/aaaa)
------------------	---------------------------------	--------------------

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

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

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.