



### DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

Nom de l'employé	No. d'employé	No. de compte
Nom du patient	Lien de parenté, avec l'employé <input type="checkbox"/> EMPLOYÉ <input type="checkbox"/> CONJOINT <input type="checkbox"/> ENFANT	Date de naissance du patient
Adresse de l'assuré		Tél.:

UNE FORMULE DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE POUR CHAQUE PATIENT  
Partie I Soins Visuels • Partie II Appareils auditifs • Partie III Sommaire des autres dépenses (verso)

#### Partie I SOINS VISUELS

A être complétée par un optométriste ou un opticien si vous réclamez des frais d'examen de la vue ou des verres

FRAIS		VERRES	
Examen	_____	Nouvelle ordonnance	<input type="checkbox"/>
Montures	_____	Ordonnance répétée	<input type="checkbox"/>
Verres	_____	Verres de sureté	<input type="checkbox"/>
Autre	_____	Verres de plastique	<input type="checkbox"/>
Total	_____	Verres de soleil	<input type="checkbox"/>
		No. de teinte	_____
_____ Date du Service		_____ Signature de l'optométriste ou de l'opticien	

#### Partie II APPAREIL AUDITIFS

Section (A) doit être complétée par le médecin, Section (B) doit être complétée par l'employé

##### (A) DÉCLARATION DU MÉDECIN

A être complétée par un otolaryngologiste accrédité

Ceci certifie que j'ai commandé un appareil auditif pour le patient désigné plus haut, le \_\_\_\_\_ date

Diagnostic \_\_\_\_\_

Type d'appareil auditif prescrit \_\_\_\_\_

Le patient a-t-il déjà porté un appareil auditif?    OUI    NON

\_\_\_\_\_ Signature du médecin

##### (B) DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

Cette partie doit être complétée par l'employé. Une facture ou reçu indiquant la date de l'achat, le nom du patient et le montant doit accompagner votre réclamation.

Date de l'achat	Type d'appareil auditif	Coût de l'appareil	Le nom du vendeur

N.B.: Le format de cette formule est standard. Les bénéfices ne s'appliquent pas nécessairement à chaque employé.

