

<input type="checkbox"/> PAIEMENT	<input type="checkbox"/> ANNULATION	<input type="checkbox"/> AUTORISATION	<input type="checkbox"/> PRISE EN CHARGE	DEMANDE EN RÉFÉRENCE
-----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	--	----------------------

DISPENSATEUR (AUDIOPROTHÉSISTE OU DISTRIBUTEUR D'AIDES DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION)

NUMÉRO DE PERMIS	DATE DE SERVICE JOUR MOIS ANNÉE	DATE DE PRISE D'EMPREINTE JOUR MOIS ANNÉE	<input type="checkbox"/> PAYER À LA PERSONNE ASSURÉE
			<input type="checkbox"/> COMPTE ADMINISTRATIF

PERSONNE ASSURÉE ENFANT DE MOINS D'UN AN SANS NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE D'UN PARENT	NOM DE FAMILLE DE L'ENFANT
SURDITÉ PERMANENTE AUX DEUX OREILLES <input type="checkbox"/>	PRÉNOM DE L'ENFANT	DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT JOUR MOIS ANNÉE
		SEXE DE L'ENFANT M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

PRODUITS ET SERVICES 1

PRODUITS ET SERVICES 2

		AIDE EN RÉFÉRENCE					AIDE EN RÉFÉRENCE		
NATURE DE SERVICE	RAISON DE REMPLACEMENT	CODE	CÔTÉ	DATE DE PRISE DE POSSESSION JOUR MOIS ANNÉE	NATURE DE SERVICE	RAISON DE REMPLACEMENT	CODE	CÔTÉ	DATE DE PRISE DE POSSESSION JOUR MOIS ANNÉE
AIDE					AIDE				
CODE DE L'AIDE		CÔTÉ	UNITÉ	MONTANT DEMANDÉ	CODE DE L'AIDE		CÔTÉ	UNITÉ	MONTANT DEMANDÉ
COMPLÉMENTS, COMPOSANTS, OPTIONS, ACCESSOIRES					COMPLÉMENTS, COMPOSANTS, OPTIONS, ACCESSOIRES				
CODE DE PRODUIT		UNITÉ	MONTANT DEMANDÉ		CODE DE PRODUIT		UNITÉ	MONTANT DEMANDÉ	
SERVICE (MAIN-D'ŒUVRE, MONTANTS FORFAITAIRES)					SERVICE (MAIN-D'ŒUVRE, MONTANTS FORFAITAIRES)				
CODE DE SERVICE		UNITÉ	MONTANT DEMANDÉ		CODE DE SERVICE		UNITÉ	MONTANT DEMANDÉ	
TOTAL ▶					TOTAL ▶				

MONTANT TOTAL DE LA DEMANDE	TOTAL ▶
------------------------------------	----------------

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

SIGNATURE DU DISPENSATEUR

Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et complets.	DATE JOUR MOIS ANNÉE
X _____	