

Guide de remplissage

Formulaire 4146

Ce formulaire doit être dûment rempli et signé toutes les fois où un dispensateur fournit un bien ou un service à une personne assurée en vertu des programmes d'aides auditives, d'aides visuelles, d'appareils suppléant à une déficience physique ou de prothèses oculaires.

En aucun temps, **il ne peut être modifié après que la personne assurée l'a signé.**

Personne assurée

Dans cette section doivent se trouver les nom, prénom, numéro d'assurance maladie, date de naissance et sexe de la personne assurée qui reçoit le bien ou le service. L'impression de la carte d'assurance maladie peut servir à cette fin.

L'inscription de l'adresse complète et du numéro de téléphone à domicile est facultative.

Description du bien ou du service

Inscrire lisiblement tous les biens et les services reçus par la personne assurée et la date où elle les a reçus.

La signature de la personne assurée est obligatoire. Si elle ne peut pas signer, une tierce personne peut la représenter et signer. Par exemple, le représentant peut être un parent, un accompagnateur ou un professionnel membre d'un ordre. Dans le cas d'une tierce personne, indiquer entre parenthèses son nom, son prénom et son lien avec la personne assurée pour que la Régie puisse verser le paiement au dispensateur autorisé. Si personne ne peut signer, indiquer la raison. Un dispensateur privé, ou un membre de son personnel, ne peut pas agir à titre de représentant de la personne assurée.

Dispensateur

Dans cette section doivent figurer le nom et la localité ou lieu d'exercice du dispensateur qui a fourni le bien ou le service, ainsi que son numéro de téléphone.