

1 - Personne assurée

Nom de famille et prénom					
Adresse Numéro		Rue		Appartement	
Localité			Province		Code postal
Numéro d'assurance maladie		Date de naissance ANNÉE MOIS JOUR		Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Téléphone (domicile) IND. RÉG.					

confirme avoir reçu le bien ou le service suivant :

Description du bien	Oui	Non	Description du service	Oui	Non
Prothèse, côté gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Attribution ou remplacement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèse, côté droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Réparation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Télécommande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prise d'empreinte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embout et tube	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prise en charge d'une prothèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre option ou accessoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

et autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec à verser le paiement au dispensateur autorisé suivant :

2 - Dispensateur

Nom et prénom de l'audioprothésiste	
Localité du lieu d'exercice	Téléphone IND. RÉG.

3 - Signature

Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et complets.

_____	_____
Signature	Date du service
_____	_____
Nom du signataire du formulaire s'il n'est pas la personne assurée	Lien avec la personne assurée (père, mère, conjoint, tuteur, etc.)

Guide de remplissage

Formulaire 4276

Ce formulaire doit être dûment rempli et signé toutes les fois où un audioprothésiste fournit un bien ou un service à une personne assurée, en vertu du programme d'aides auditives.

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

Pour chacun des biens et des services énumérés, cocher la case « Oui » si le bien ou le service a été fourni à la personne assurée; dans le cas contraire, cocher la case « Non ». Si aucune case n'est cochée pour un bien ou un service, sa demande de paiement sera refusée.

Il n'est pas nécessaire de donner des détails dans les champs « Autre option ou accessoire » et « Autre service ».

Dispensateur

Dans cette section doivent figurer les nom, prénom, localité du lieu d'exercice et numéro de téléphone de l'audioprothésiste qui a fourni le bien ou le service à la personne assurée.

Signature

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 son personnel ne peuvent pas représenter la personne assurée.