

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.