



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 COMPLÉTÉ 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

Examen _____
 Montures _____
 Verres _____
 Autre _____
 Total _____

VERRES

Nouvelle ordonnance
 Ordonnance répétée
 Verres de sureté
 Verres de plastique
 Verres de soleil
 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.

