

Fournisseur		Renseignements sur le travailleur		
Nom et prénom de l'audioprothésiste		N° de permis		Nom de famille (selon l'acte de naissance)
				Prénom
				Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Téléphone		Télécopieur		N° de dossier du travailleur
N° du fournisseur		Date de naissance		
Individuel		De groupe		

DEMANDE D'AUTORISATION POUR UN SYSTÈME CROS/BICROS	
Premier appareillage <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▶ Si non, date du dernier appareillage : <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>	Oreille <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche
CONDITIONS	INFORMATIONS DEVANT SE TROUVER DANS L'ATTESTATION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ JOINTE
<input type="checkbox"/> 1. Le travailleur a une oreille dont l'anatomie particulière ne permet pas l'appareillage d'une prothèse auditive.	Précision de la condition du travailleur qui rend l'appareillage impossible
<input type="checkbox"/> 2. Le travailleur souffre d'infections récurrentes à son oreille, qui rendent l'appareillage impossible.	Confirmation de la condition du travailleur
<input type="checkbox"/> 3. Le travailleur souffre d'une surdité totale ou d'une perte importante de la discrimination, qui rend l'appareillage impossible à l'une de ses oreilles.	Confirmation du professionnel de la santé ou recommandation de l'audiologiste
Espace réservé à la CNESST Autorisation accordée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

DEMANDE D'AUTORISATION POUR UNE PROTHÈSE AUDITIVE DONT LE COÛT EST SUPÉRIEUR À 700 \$	
Le travailleur a une condition qui l'empêche de faire fonctionner ou de faire ajuster adéquatement un autre type de prothèse.	
Bilatérale <input type="checkbox"/> Oui ▶ Sinon, préciser <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche	
TYPE DE PROTHÈSE	DOCUMENT(S) À JOINDRE
<input type="checkbox"/> 1. Prothèse à port continu	<ul style="list-style-type: none"> Attestation du médecin spécialiste relativement à la condition mentionnée par le travailleur
<input type="checkbox"/> 2. Prothèse autre qu'à port continu dont le tarif est supérieur à 700 \$	<ul style="list-style-type: none"> Attestation du médecin spécialiste relativement à la condition mentionnée par le travailleur Une évaluation des coûts d'achat de la prothèse
Espace réservé à la CNESST Autorisation accordée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

DEMANDE DE REMPLACEMENT D'UNE TÉLÉCOMMANDE	
Date d'achat de la télécommande à remplacer : <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>	
<input type="checkbox"/> Garantie de 30 mois expirée ▶ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Le coût de la réparation excède 80 % du coût de remplacement.	
<input type="checkbox"/> Justification de l'audioprothésiste concernant le fait que la télécommande ne peut être réparée	
Espace réservé à la CNESST Autorisation accordée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

DEMANDE D'AUTORISATION POUR ÉVALUATION À DES FINS AUDIOPROTHÉTIQUES	
Date de la dernière évaluation audiolinguistique <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>	Date de la dernière évaluation à des fins audioprothétiques <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>
Espace réservé à la CNESST Autorisation accordée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Signature de l'audioprothésiste
Date <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/> <hr/> Nom de l'audioprothésiste <hr/> Signature

Identification de l'intervenant de la CNESST
Date <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/> <hr/> Nom de l'intervenant de la CNESST

Le formulaire *Demande d'autorisation de l'audioprothésiste* peut être transmis par télécopieur au 1 855 722-8081.

L'audioprothésiste doit remplir le formulaire *Demande d'autorisation de l'audioprothésiste* afin d'obtenir une autorisation préalable de la CNESST pour les demandes suivantes.

L'octroi d'un système CROS/BiCROS

La Commission autorise l'achat d'un système CROS/BiCROS lorsque :

- le travailleur, par l'entremise de son audioprothésiste, fournit le document requis attestant que sa condition particulière répond à l'une des trois conditions prévues dans le règlement;
- le tarif maximal prévu dans le Règlement pour le système CROS/BiCROS est respecté;
- le système CROS/BiCROS est garanti deux ans.

Règlement sur les prothèses auditives et les services d'audiologie, article 21

Le remplacement d'une télécommande

La Commission autorise le coût du remplacement d'une télécommande lorsque toute garantie est expirée et que l'audioprothésiste :

- confirme que le coût de la réparation excède 80 % du coût de remplacement;
- justifie par écrit la raison pour laquelle la télécommande est irréparable;
- la télécommande de remplacement est garantie 30 mois.

Règlement sur les prothèses auditives et les services d'audiologie, articles 20, 26 et 28

L'évaluation à des fins audioprothétiques

La Commission assume le coût de l'évaluation à des fins audioprothétiques lorsque les deux conditions suivantes sont respectées :

- plus de 12 mois se sont écoulés depuis la facturation du service professionnel à l'achat;
- aucune évaluation audiolinguistique n'a été produite au cours des 12 mois précédant la demande de l'audioprothésiste.

L'audioprothésiste doit s'adresser au travailleur pour valider la date de la dernière évaluation audiolinguistique.

L'audioprothésiste peut effectuer un maximum de deux évaluations à des fins audioprothétiques par période de cinq ans.

Règlement sur les prothèses auditives et les services d'audiologie, article 15