

Rapport et estimation – Soins dentaires

**VEUILLEZ REMPLIR LES DEUX CÔTÉS DE CE FORMULAIRE
 ET LE RETOURNER À L'ADRESSE INDIQUÉE AU VERSO**

Numéro de dossier à la CSTIT	
Fournisseur de soins de santé (en caractères d'imprimerie)	Nom de famille du travailleur Prénom
Adresse (inclure le code postal)	Adresse postale (inclure le code postal)
Téléphone (inclure l'indicatif régional)	Adresse résidentielle
Date de l'accident/de la blessure AA MM JJ	Téléphone (inclure l'indicatif régional)
Date de l'examen AA MM JJ	Date de naissance AA MM JJ
Nom de l'employeur	Emploi du travailleur

1. Qui a administré le premier traitement?

2. Date du premier traitement. AA MM JJ

3. À quelle cause le travailleur attribue-t-il sa blessure?

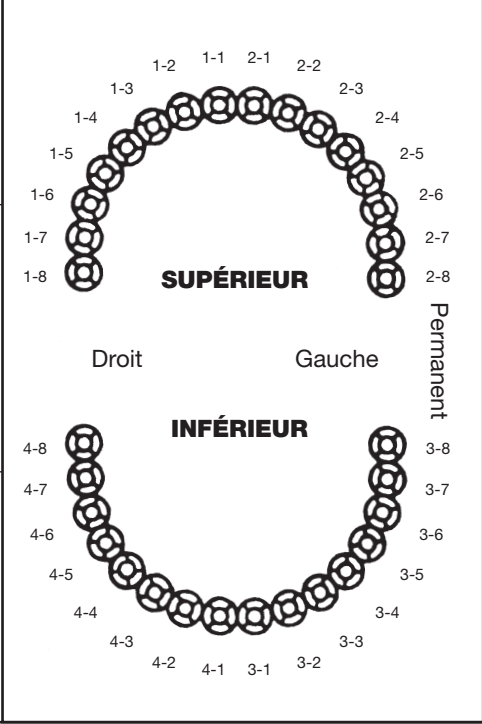
4. Décrivez les dommages résultant de l'accident. Si des prothèses dentaires sont endommagées, veuillez faire une description.

5. Veuillez décrire les dommages sur le schéma en utilisant les symboles suivants :

- Dent(s) endommagée(s) par l'accident
- Dent(s) à extraire à cause de l'accident (colorez la dent)
- X Dent(s) manquantes (avant l'accident)

6. Décrivez tout autre problème buccal pouvant être présent, en indiquant si, à votre avis, il a été causé par l'accident en question. Au besoin, effectuez une radiographie des zones blessées et rédigez un rapport radiologique.

7. Décrivez en détail votre plan de traitement pour restaurer la fonction de mastication au niveau existant avant l'accident, du mieux que possible.



8. Fournissez une estimation détaillée du plan de traitement intégral en indiquant les frais détaillés, à l'aide du barème d'honoraires de votre association dentaire.

_____	_____	\$
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
	Total	\$

Signature du professionnel de soins de santé _____

À DES FINS ESTIMATIVES SEULEMENT – NE DOIT PAS ÊTRE CONSIDÉRÉ COMME UN DOSSIER

Signature de la personne qui remplit le formulaire _____ Date _____

RESPONSABILITÉ DU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ

Extraits des *Lois sur l'indemnisation des travailleurs* des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut

- | | | |
|---|---------|---|
| Rapport du pourvoyeur de soins de santé | 25. (1) | Le pourvoyeur de soins de santé qui examine ou traite un travailleur dans le cadre de la présente loi présente un rapport à la Commission. |
| Contenu du rapport et délai de présentation | (2) | Le rapport doit contenir les renseignements exigés par la Commission et lui être présenté dans les trois jours suivant l'examen ou le traitement. |
| Responsabilité de l'établissement de soins de santé | (3) | Si le pourvoyeur de soins de santé visé au paragraphe (1) est employé par un établissement de soins de santé, ce dernier doit veiller au respect des modalités de présentation du rapport prévues au présent article. |
| Communication de renseignements | 30. | La Commission peut exiger d'un demandeur, d'un employeur ou d'un pourvoyeur de soins de santé qu'il lui communique les renseignements qu'elle juge nécessaires pour statuer sur une demande d'indemnité. |

Extrait du Règlement général des *Lois sur l'indemnisation des travailleurs* des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut

- | | |
|-----|---|
| 7.2 | Le pourvoyeur de soins de santé qui ne fournit pas l'information demandée en vertu de l'article 30 des <i>Lois</i> est passible d'une amende de 250 \$ en vertu du paragraphe 141(2). |
|-----|---|

La CSTIT peut utiliser ces renseignements pour appliquer la législation en vertu des pouvoirs dont elle dispose, notamment les *Lois sur l'indemnisation des travailleurs*, les *Lois sur la sécurité* ou les *Lois sur la santé et la sécurité dans les mines* et leurs règlements connexes, ainsi que pour communiquer avec vous relativement aux exigences prévues par la législation correspondante. Il vous incombe, lorsque vous communiquez une adresse électronique, de veiller à ce que des mesures de protection raisonnables soient mises en place pour assurer la confidentialité et la sécurité de vos renseignements personnels dans votre compte de messagerie.

Siège social : Case postale 8888 • Yellowknife (T.N.-O.) X1A 2R3 • Téléphone : 867-920-3888 • Sans frais : 1-800-661-0792
Télec. : 867-873-4596 • Télécopieur sans frais : 1-866-277-3677 • Courriel : reportsnwt@wscc.nt.ca

ou

Case postale 669 • Iqaluit (NU) X0A 0H0 • Téléphone : 867-979-8500 • Sans frais : 1-877-404-4407 • Téléc. : 867-979-8501
Télécopieur sans frais : 1-866-979-8501 • Courriel : reportsnu@wscc.nu.ca

wscc.nt.ca • wscc.nu.ca