## 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 AAAA MM JJ	Téléphone (inclure l'indicatif régional)	
Date de l'examen AAAA MM JJ	Date de naissance AAAA MM JJ	
Nom de l'employeur	Emploi du travailleur	
1. Qui a administré le premier traitement?		
2. Date du premier traitement. AAAA 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.		
en utilisant les symboles suivants :  Dent(s) à extra l'accident (col	uantes (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 quetion. Au besoin, effectuez une radiographie des zones blessées et rédigez un rapport radiologique.  SUPÉRIEUR  1-6 1-7 1-8 SUPÉRIEUR  2-6 2-7 1-8  SUPÉRIEUR		
Décrivez en détail votre plan de traitement pour restaurer la fonction de niveau existant avant l'accident, du mieux que possible.	4-6	
	4-5 4-4 4-3 4-2 4-1 3-3 3-3 3-3	

8. Fournissez une estimation détaillée de votre association dentaire.	du plan de trai	tement intégral en indiquant les frais détaillés, à l'aide du barème d'honoraires	
		\$	
Signature du professionnel de soins d		EULEMENT – NE DOIT PAS ÊTRE CONSIDÉRÉ COMME UN DOSSIER	
A DES FINS ES	TIIVIATIVES SE	EULEMENT - NE DOTT PAS ETRE CONSIDERE COMME UN DOSSIER	
Signature de la personne qui remplit le	formulaire	Date AAAA MM JJ	
RESPONSABILITÉ DU FO	DURNISSI	EUR DE SOINS DE SANTÉ	
Extraits des Lois sur l'indemnisation de	s travailleurs de	es 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 enseignements	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 Règlements général des <i>Loi</i> s	s sur l'indemnisa	ation 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.

**Yellowknife :** Case postale 8888 • Yellowknife (T.N-O.) X1A 2R3 • Téléphone : 867-920-3888 • Tél. sans frais : 1-800-661-0792

Téléc. : 867-873-4596 • Téléc. sans frais : 1-866-277-3677 • Courriel : reportsnwt@wscc.nt.ca

ou

Iqaluit : 630, chemin Queen Elizabeth, 2A, Iqaluit (Nunavut) X0A 3H0 • Téléphone : 867-979-8500 • Tél. sans frais : 1-877-404-4407 Téléc. : 867-979-8501 • Téléc. sans frais : 1-866-979-8501 • Courriel : reportsnu@wscc.nu.ca