

Visitez wsib.ca/fr/soumettre pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.

A. Renseignements sur le travailleur				
Nom de famille		Prénom		Initiales
Adresse actuelle	Ville	Province	Code postal	Est-ce une nouvelle adresse? Oui Non
Téléphone (domicile)		Téléphone (travail)		Date de naissance (mm/jj/aaaa)

B. Renseignements sur le fournisseur				
Nom du fournisseur				Tampon ou étiquette
Adresse	Ville	Province	Code postal	N° de téléphone de l'entreprise

C. Dommages pour la réparation ou le remplacement (À remplir par le fournisseur)										
Verre(s) à simple foyer	Oui	Non	Verre(s) Hardex	Oui	Non	Teinté(s)	Oui	Non		
Autre – préciser le type	Verre(s) à double foyer - préciser le type		Ordonnance :		Oeil droit (ED)	Oeil gauche (EG)				
Les dommages sont au niveau : Verre(s)			gauche	droit	les deux	aucun	Monture :		Oui Non	
La monture de remplacement est-elle semblable à la monture endommagée?				Oui	Non	Si non, est-elle de la même valeur?		Oui	Non	
Coût des verres originaux?		Coût des verres de remplacement?			Coût des montures originales?			\$	\$	
Coût des montures de remplacement?				Coût total déboursé par le travailleur et remboursement demandé :						\$
Nom			Signature du fournisseur				Date (mm/jj/aaaa)			
Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.										

D. Renseignements sur l'ordonnance - À remplir par l'optométriste SEULEMENT (si le travailleur est admissible pour troubles visuels)									
Nouvelle ordonnance	Droit	Sphère	Cylindre	Axe	Prisme	Ajout	ordonnance initiale ordonnance pour lunettes de soleil duplicata de l'ordonnance nouvelle ordonnance lentilles cornéennes remplacement (perte ou bris) lunettes de sécurité verres seulement à la suite d'une cataracte autre : (indiquez le trouble ou la maladie)		
	Gauche								
Ancienne ordonnance	Droit	Sphère	Cylindre	Axe	Prisme	Ajout	S'il s'agit d'une demande de lentilles cornéennes : L'acuité visuelle peut-elle être rétablie à 20/70 ? 20/40 ? Les lentilles cornéennes sont-elles nécessaires en raison d'un kératocône, d'astigmatisme irrégulier, d'aphakie ou d'une courbure cornéenne irrégulière? Oui Non L'acuité visuelle peut-elle être améliorée au moins de deux lignes sur le tableau Snelian comparativement à la meilleure vision possible avec des lunettes? Oui Non		
	Gauche								
Plastique	Type de verre droit								
Trempé	chim	Type de verre gauche							
	chaleur	Teinté							
		Surdimensionné							
Nom			Signature du fournisseur				Date (mm/jj/aaaa)		
Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.									

E. Déclaration du travailleur		
Par la présente, je certifie que, à ma connaissance, les renseignements figurant sur le présent formulaire sont véridiques, exacts et complets et que tous les frais énumérés étaient pour les soins oculaires qui m'ont été fournis dans le cadre de mon dossier de la CSPAAT. Je consens à conserver tous les reçus originaux et à les soumettre à la CSPAAT avec le présent formulaire. Je ne demanderai pas de remboursement auprès de tout autre assureur ou organisme pour les frais payés par la CSPAAT. J'autorise également la divulgation à la CSPAAT de tout renseignement concernant les frais énumérés sur ce formulaire.		
Nom		Date (mm/jj/aaaa)
Signature		Date (mm/jj/aaaa)
Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.		

Envoyez un courriel à accessibilite@wsib.on.ca si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.