

N° de dossier

**A. Renseignements sur le travailleur**

Nom de famille		Prénom		Initiales	
Adresse actuelle		Ville	Province	Code postal	Est-ce une nouvelle adresse? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Verre(s) Hardex <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Teinté(s) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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) : <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> les deux <input type="checkbox"/> aucun		Monture : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
La monture de remplacement est-elle semblable à la monture endommagée? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			Si non, est-elle de la même valeur? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 : \$					

Signature du fournisseur			Date (mm/jj/aaaa)		
--------------------------	--	--	-------------------	--	--

**D. Renseignements sur l'ordonnance - À remplir par l'optométriste SEULEMENT (si le travailleur est admissible pour troubles visuels)**

		Sphère	Cylindre	Axe	Prisme	Ajout
<b>Nouvelle ordonnance</b>	Droit					
	Gauche					
<b>Ancienne ordonnance</b>	Droit					
	Gauche					

Plastique  Type de verre droit \_\_\_\_\_  
Trempe  chim Type de verre gauche \_\_\_\_\_  
 chaleur Teinté \_\_\_\_\_  
Surdimensionné \_\_\_\_\_ mm

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) \_\_\_\_\_

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 Snellen comparativement à la meilleure vision possible avec des lunettes?  oui  non

Signature du fournisseur			Date (mm/jj/aaaa)		
--------------------------	--	--	-------------------	--	--

**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.

Signature		Date (mm/jj/aaaa)	
-----------	--	-------------------	--