Case postale 160
Saint John (N.-B.) E2L 3X9
Nº de tél. 1 800 999-9775

WORKSAFE TRAVAIL SÉCURITAIRE NB

Nº de réclamation :

COÛT ESTIMATIF DES SERVICES DENTAIRES REQUIS

LE PRÉSENT FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI PAR LE DENTISTE / DENTUROLOGISTE TRAITANT ET ENVOYÉ SANS DÉLAI À TRAVAIL SÉCURITAIRE NB. VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.

NOM DE FAMILLE DU (DE LA) TRAVAILLEUR-EUSE _____ PRÉNOM(S) _____

ADRESSE _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE _____

VILLE / VILLAGE _____ CODE POSTAL _____ Nº D'ASSURANCE-MALADIE _____

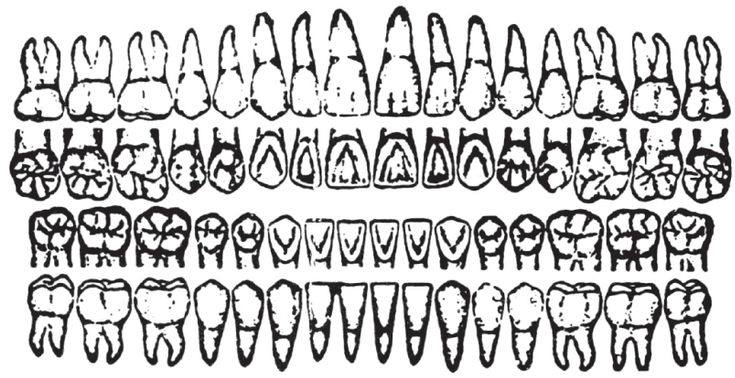
NOM DE L'EMPLOYEUR _____

ADRESSE DE L'EMPLOYEUR _____ CODE POSTAL _____

PARTIE 1

INDIQUEZ DE LA LETTRE « A » CHAQUE DENT ENDOMMAGÉE PAR L'INCIDENT AU TRAVAIL ET DE LA LETTRE « M » CHAQUE DENT QUI MANQUAIT AVANT L'INCIDENT AU TRAVAIL.

DROITE



GAUCHE

DATE DE L'INCIDENT : _____

DÉCRIVEZ EN DÉTAIL LE DOMMAGE DENTAIRE SUBI DANS CET INCIDENT AU TRAVAIL : _____

PARTIE 2

Veuillez indiquer le code de procédure et le coût estimatif conformément au ***Guide des honoraires dentaires*** de Travail sécuritaire NB.

CODE DE PROCÉDURE	Nº DE LA DENT	FRAIS DE LABORATOIRE	HONORAIRES DU DENTISTE / DENTUROLOGISTE	TOTAL DES COÛTS

PARTIE 3

Autres commentaires : _____

ESTAMPILLE DU DENTISTE / DENTUROLOGISTE

Code du bénéficiaire : _____

SIGNATURE : _____
(DENTISTE / DENTUROLOGISTE)

ADRESSE : _____

DATE : _____

(07/19)