



Téléphone : 204-954-4321
(Sans frais : 1-855-954-4321)
333, Broadway, Winnipeg R3C 4W3
wcb.mb.ca

Formulaire pour lunettes

Numéro de réclamation

E

84

Coordonnées du travailleur

Nom et adresse		Numéro de téléphone
Genre	Date de naissance	

Renseignements sur l'employeur

Nom et adresse	Numéro d'entreprise
	Numéro de téléphone

Détails de la blessure

Date de la blessure	Zone de la blessure
---------------------	---------------------

Matériaux fournis. Utilisez les indicatifs de code et précisez la quantité utilisée pour chacun.

Type de lentille _____ gauche _____ droite _____ verre trempé _____ verre fumé _____

Monture _____

Matériaux de réparation _____

Frais de base _____ \$

Coût des lentilles _____ \$

Coût de la monture _____ \$

Tous frais additionnels _____ Veuillez expliquer _____

_____ \$

Réfraction avec autorisation _____ \$

Les frais de réfraction peuvent être remboursés si le dernier examen remonte à plus d'un an.

Total _____ \$

Verser le paiement à _____

Par la présente, je certifie que le travailleur a reçu une monture ou des lentilles à titre de duplication ou de remplacement d'une valeur équivalente aux lunettes endommagées en raison de l'incident.

Signature de l'opticien ou de l'optométriste

Si le client a reçu une monture ou des lentilles d'un type différent de celui des lunettes endommagées lors de l'incident, veuillez expliquer la différence de coût.

Fait en ce jour _____ de _____ 20____.

Envoyez ce formulaire par télécopieur – à Winnipeg : 204-954-4999 | Sans frais : 1-877-872-3804