

Travailleur blessé : _____

Réclamation n° : _____

N° d'assurance-maladie : _____

Date de l'accident : _____

Diagnostic : _____

Partie du corps : _____

Médecin : _____

Code du bénéficiaire : _____

Remarque : • En vertu de la *Loi sur les accidents du travail*, la demande de paiement doit être faite dans les trois mois suivant le service dispensé.

- Les consultations et actes médicaux non urgents doivent être préautorisés.
- Si la facture vise des dates pour des services multiples, la date du premier service sera celle retenue aux fins du calcul de la prime pour déclaration précoce.
- Prière de soumettre les factures relatives aux chirurgies majeures et aux anesthésies s'y rattachant à l'aide de formulaires distincts.

Le paiement ne se fait que sur la présentation d'un formulaire.

- Voir *Formulaire 8* ci-joint
- Voir *Formulaire 10* ci-joint
- Voir rapport ci-joint
- N° d'autorisation : _____

Autorisé comme service accéléré (la prime pour déclaration précoce ne s'applique pas)

Date	Heure	Lieu de la consultation	Description	Code de service	Honoraires
Total					

Observations : _____

Sceau du bureau du médecin _____ ou
 Adresse du médecin : _____
 Ville / Village : _____
 Code postal : _____
 N° de tél. : _____

J'atteste que l'exposé ci-dessus décrit exactement les services que j'ai dispensés et pour lesquels je n'ai pas reçu de paiement.

Signature : _____

Date : _____

Le présent formulaire devrait être télécopié à Travail sécuritaire NB au 1 888 629-4722.