

Travailleur blessé : _____ Réclamation n° : _____
N° d'assurance-maladie : _____ Date de l'accident : _____
Diagnostic : _____ Partie du corps : _____
Médecin : _____ Code du bénéficiaire : _____
Date de chirurgie : _____ Heure de début de l'anesthésie : _____ N° d'autorisation de la chirurgie : _____
Durée de l'anesthésie (en heures) : _____ (minutes) : _____

Remarque : Travail sécuritaire NB s'inspire du *Manuel des médecins* du Régime d'assurance-maladie pour déterminer le paiement applicable aux actes chirurgicaux.

1. Les cinq premières lignes visant les actes ciblent les unités de base de la chirurgie primaire, les unités de durée de base et les modificateurs.
2. Inscrire le tarif à l'unité et les honoraires pour chaque ligne; faire le total des unités et des honoraires à la ligne « Total des unités – soins primaires ».
3. Dans le cas d'auto-analgésie, inscrire le nombre de jours, le tarif à l'unité et les honoraires pour les actes 8 et 9.
4. Pour ajouter des actes facturés au tarif à l'unité de l'anesthésie, utiliser les lignes 6 et 7, et pour ajouter des actes au tarif général, utiliser les lignes 10, 11 et 12.
5. Notre système fait le calcul de la prime pour déclaration précoce. Prière d'utiliser le tarif pour les unités de base pour plus de 5 jours dans la colonne « Tarif à l'unité ».

Acte n°	Acte	Code d'Assurance-maladie	Unités d'Assurance-maladie	Jours – Auto-analgésie*	Tarif à l'unité	Honoraires
1	Unités de base – soins primaires					
2	Unités de durée – soins primaires					
3	Obésité morbide	<input type="checkbox"/> IMC supérieur à 40, mais inférieur à 51 <input type="checkbox"/> IMC supérieur à 50				
4	Modificateur n° 1 – soins primaires					
5	Modificateur n° 2 – soins primaires					
6						
7						
	Total des unités – soins primaires					
8	Amorçage du traitement d'auto-analgésie	841	62			
9	Prolongation du traitement d'auto-analgésie	842	12			
10						
11						
12						
	Total					

2° anesthésiste nécessaire
Justification ci-jointe

Rajusté pour après-heures : _____
Rajusté pour le 2° anesthésiste : _____
Montant soumis : _____

Remarque : Utiliser un formulaire de facturation distinct pour chaque acte lorsque des interventions chirurgicales multiples ou bilatérales sont pratiquées à des moments différents sous des anesthésies distinctes.

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.