

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
<b>Total</b>					

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.