

Travailleur blessé : _____
N° d'assurance-maladie : _____
Diagnostic : _____
Médecin : _____

Réclamation n° : _____
Date de l'accident : _____
Partie du corps : _____
Code du bénéficiaire : _____

Chirurgien principal <input type="radio"/>	Assistant-chirurgien (omnipraticien) <input type="radio"/>	Assistant-chirurgien (spécialiste) <input type="radio"/>
--	--	--

Date de chirurgie : _____ Heure du début de la chirurgie : _____ N° d'autorisation de la chirurgie : _____

Chirurgiens collaborateurs

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

1. Prière d'inscrire un acte par ligne.
2. Indiquer dans la deuxième colonne si l'acte est lié à une chirurgie primaire (P), à une chirurgie secondaire (2S) sur une même incision ou à une chirurgie secondaire visant une incision distincte (2D).
3. Nombre d'unités rajustées = unités d'Assurance-maladie rajustées pour des chirurgiens collaborateurs ou de l'assistance chirurgicale. (NE PAS ajouter les rajustements pour après-heures dans cette colonne.)
Nombre d'unités non rajustées d'Assurance-maladie = unités figurant dans le *Manuel des médecins* du Régime d'assurance-maladie
4. 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 ».
5. La chirurgie facultative et les chirurgiens collaborateurs doivent être autorisés à l'avance.

Acte n°	Acte	Code d'Assurance-maladie	Unités du <i>Manuel des médecins</i> (non rajustées)	Nombre d'unités rajustées	Tarif à l'unité	Honoraires
1	Chirurgie primaire					
2	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> 2S <input type="checkbox"/> 2D					
3	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> 2S <input type="checkbox"/> 2D					
4	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> 2S <input type="checkbox"/> 2D					
5	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> 2S <input type="checkbox"/> 2D					
6	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> 2S <input type="checkbox"/> 2D					
7	Article 21; préciser l'acte					
8	Article 21; préciser l'acte					
9	IMC supérieur à 40 <input type="checkbox"/> Oui					
					Total	

Observations : _____

Rajusté pour après-heures : _____
Rajusté pour services accélérés : _____
Total rajusté : _____

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.