

À remplir lorsque Travail sécuritaire NB entreprend ou demande une consultation par téléphone ou une conférence de cas.

Nom du patient : _____ N° de réclamation : _____

Date de la consultation : _____ | _____ | _____ N° d'assurance-maladie : _____
A M J

Diagnostic de la blessure : _____ Date de l'accident : _____ | _____ | _____
A M J

Genre de consultation (Veuillez cocher la case appropriée.)

1. Payée au tarif d'une visite au cabinet

- Consultation par téléphone entre un médecin de famille et un spécialiste (W1060)
- Consultation par téléphone entre deux spécialistes (W1062)
- Consultation par téléphone entre un médecin et un physiothérapeute (par exemple, pour discuter de la capacité d'effectuer des tâches) (W1050)

Nom du physiothérapeute ou de l'autre médecin : _____

2. Payée au tarif d'une visite au cabinet pour les 10 premières minutes et 48 % du tarif d'une visite au cabinet pour chaque 10 minutes qui suivront

- Consultation par téléphone avec l'employeur (ne pas remplir si c'est l'employeur qui a téléphoné) (W1020)
- Consultation par téléphone avec le gestionnaire de cas (W1030)
- Consultation par téléphone avec le médecin de Travail sécuritaire NB (W1031)
- Consultation par téléphone avec un membre de l'équipe de médecins de famille (W1032)
- Conférence de cas – Gestion des réclamations (en personne ou par téléconférence) (W1040)
- Conférence de cas – Centre de rééducation de Travail sécuritaire NB (en personne ou par téléconférence) (W1041)

Durée de la consultation par téléphone / conférence de cas (en minutes) : _____ (W1028, W1030)

Déplacement au bureau de Travail sécuritaire NB pour une conférence de cas (total en kilomètres) : _____ (W1039)

Personne de Travail sécuritaire NB avec qui on a eu la consultation / conférence : _____

Sommaire du plan : _____

Revu et corrigé par un médecin-conseil ou un gestionnaire de cas de Travail sécuritaire NB

Veuillez envoyer le formulaire par télécopie au **1 888 629-4722**.

COMPTE DU MÉDECIN	
Nom du médecin _____	
Adresse du médecin _____	
Code postal _____	
Code du bénéficiaire (Travail sécuritaire NB) _____	
_____ Signature du médecin	_____ Date
<input type="checkbox"/> Médecin offrant les soins primaires au patient <input type="checkbox"/> Spécialiste	