



## Demande d'aide médicale

**IMPORTANT : Sauvegardez ce formulaire à votre ordinateur ou unité de réseau, et remplissez-le à partir de la version sauvegardée. Ne le remplissez pas à partir d'un navigateur en ligne.**

Utilisez ce formulaire si vous aviez une réclamation qui est maintenant fermée (vous ne recevez plus de prestations de Travail sécuritaire NB comme des prestations pour perte de salaire ou de l'aide médicale), et avez besoin d'aide médicale pour votre blessure ou maladie (indemnisable) liée au travail qui avait été approuvée à ce moment-là. Une aide médicale est tout produit ou service qui vous aide à vous rétablir ou à gérer votre blessure subie au travail ou votre maladie professionnelle. Il s'agit par exemple de traitements de chiropractie, de physiothérapie ou de massothérapie; d'aides au transport (comme une rampe pour fauteuil roulant ou une pièce de rechange); de soins ou de services dentaires; d'un appareil TENS ou de fournitures pour un appareil TENS; de chaussures; d'orthèses; d'attelles; de béquilles; de gants; et de lunettes. **Ce formulaire ne doit pas être utilisé pour les demandes de remboursement de frais de déplacement ou les demandes relatives à un appareil auditif.** Pour ces demandes, utilisez le formulaire [Demande de remboursement des frais de déplacement](#) et consultez notre page Web [Perte d'audition](#).

### 1. Vos renseignements

Nom de famille		Prénom		Ancien numéro de réclamation	
Numéro et rue				Numéro d'appartement	
Ville / Village		Code postal	Province	Numéro de téléphone (cellulaire)	
Numéro de téléphone (domicile / autre)	Moment de la journée qui vous convient pour un appel <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Après-midi		Adresse de courriel		Date de naissance (aaaa-mm-jj)
Numéro d'assurance sociale		Numéro d'assurance-maladie		Médecin de famille / Infirmière praticienne	
Date de la blessure / de l'apparition de la maladie		Partie(s) du corps atteinte(s)		Précisez le côté gauche ou droit, ou les deux. <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Les deux	

### 2. Aide médicale

Avez-vous déjà reçu de type d'aide médicale? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, à quelle date?	S'agit-il de matériel de rechange? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous reçu un renvoi / une recommandation pour cette aide médicale? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Si oui, veuillez l'inclure avec cette demande.	
Avez-vous une estimation de coûts (devis) pour cette aide médicale? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Si oui, veuillez l'inclure avec cette demande.	
Existe-t-il un lien Web pour cette aide médicale? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Si oui, veuillez l'inscrire :	
S'il s'agit d'un service comme des traitements de chiropractie ou de physiothérapie, avez-vous commencé les traitements? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Si oui, veuillez indiquer le nom du fournisseur :	
Date de début des traitements :	
Veuillez choisir l'aide médicale dont vous avez besoin :	
<input type="checkbox"/> Attelles, béquilles ou autre aide à la mobilité (veuillez préciser)	
<input type="checkbox"/> Chaussures ou orthèses	
<input type="checkbox"/> Appareil TENS ou fournitures pour un appareil TENS	
<input type="checkbox"/> Lunettes	
<input type="checkbox"/> Physiothérapie	
<input type="checkbox"/> Soins chirurgicaux (veuillez décrire l'intervention)	
<input type="checkbox"/> Soins de chiropractie	
<input type="checkbox"/> Prothèses (veuillez préciser)	



## Demande d'aide médicale

- Aide au transport (rampe, pièce pour fauteuil roulant, etc.) (veuillez préciser)  
 Soins hospitaliers ou infirmiers (veuillez préciser)  
 Soins ou services dentaires (veuillez préciser)  
 Gant(s) (veuillez préciser le type)  
 Utilisez-vous le(s) gant(s) pour faire votre travail?  Oui  Non  
 Autre (veuillez préciser)

Veuillez inscrire tout renseignement supplémentaire dans l'espace ci-dessous (maximum de 1 800 caractères).

### 3. Déclaration et consentement

- Je déclare que tous les renseignements que j'ai fournis sont, à ma connaissance, véridiques et exacts.  
 J'autorise Travail sécuritaire NB à recueillir, à utiliser, à communiquer ou à divulguer des renseignements relatifs à cette réclamation, y compris des renseignements médicaux et financiers, comme la loi le prévoit, ou conformément à ce qui pourrait être raisonnable pour permettre à Travail sécuritaire NB de gérer ou d'évaluer ma (mes) réclamation(s), y compris la communication de renseignements à des tiers. Travail sécuritaire NB prend la protection de votre vie privée au sérieux.

Nom	Signature	Date (aaaa-mm-jj)
-----	-----------	-------------------

### 4. Confirmation et transmission

Avant de transmettre le formulaire, assurez-vous d'avoir :

- rempli toutes les sections nécessaires en entier;  
 téléchargé ou inclus un renvoi / une recommandation (s'il en est);  
 téléchargé ou inclus un devis / une estimation de coûts (s'il en est).



## Demande d'aide médicale

---

Voici vos options pour transmettre le formulaire :

### Mes services

Le portail de Mes services est la façon la plus sécurisée et pratique de transmettre des documents à Travail sécuritaire NB. Pour vous y inscrire, vous devrez fournir votre numéro d'assurance sociale ou d'assurance-maladie et la date de naissance qui correspondent à ceux que nous avons au dossier. [Inscrivez-vous ici.](#)

### Courriel

Pour transmettre votre demande par courriel, joignez le formulaire rempli à un courriel, indiquez « Demande d'aide médicale » dans la ligne de mention objet et adressez-le à [app-dem@ws-ts.nb.ca](mailto:app-dem@ws-ts.nb.ca). Travail sécuritaire NB vous rappelle que le fait de transmettre des documents en se servant d'un réseau de courriel non sécurisé augmente les risques d'atteinte à la vie privée. Pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet, veuillez lire notre énoncé de confidentialité qui se trouve à la page Web [Accès à l'information et protection des renseignements personnels](#).

### Poste

Travail sécuritaire NB  
1, rue Portland  
Case postale 160  
Saint John NB E2L 3X9

### Télécopieur

N° sans frais : 1 888 629-4722

Pour en apprendre plus sur le processus de réclamation, les prestations offertes, et un retour au travail sain et sécuritaire, veuillez visiter [travailsecuritairenb.ca/travailleurs](http://travailsecuritairenb.ca/travailleurs). Si vous avez des questions, veuillez nous appeler au numéro sans frais 1 800 999-9775 (lundi au vendredi, de 8 h 00 à 16 h 30).