WorkSafe Travail sécuritaire NB

Demande d'aide médicale

IMPORTANT : Sauvegardez ce formulaire à votre ordinateur ou unité de réseau avant de le remplir. Ne le remplissez pas directement à partir d'un navigateur Web.

Ce formulaire ne doit pas être utilisé pour les demandes de remboursement de frais de déplacement, les médicaments sur ordonnance, les demandes relatives à un appareil auditif ou les demandes d'indemnisation pour une réclamation déjà acceptée. Pour ces demandes, utilisez le formulaire Demande de remboursement de frais de déplacement ou Demande de prestations d'indemnisation des travailleurs, ou consultez la page Le programme de paiement direct des médicaments sur ordonnance ou les renseignements et ressources en matière de perte d'audition.

1. Vos renseignements

Nom de famille	Prénom	Ancien numéro de réclamation		
Numéro et rue			Numéro d'appartement	
Ville / Village	Province	Code postal	Numéro de téléphone (cellulaire)	Numéro de téléphone (domicile / autre)
Numéro d'assurance-maladie	Adresse de courriel		Date de naissance (aaaa-mm-jj)	
Numéro d'assurance sociale	Médecin de famille / Infirmière praticienne		Date de l'accident / de la blessure / de la maladie (aaaa-mm-jj)	
Partie(s) du corps atteinte(s)	Précisez le côté gauche ou droit, ou les deux. ☐ Gauche ☐ Droit ☐ Les deux			

2. Aide médicale

Avez-vous déjà reçu ce type d'aide médicale? ☐ Oui ☐ Non Si oui, à quelle date?

S'agit-il de matériel de rechange? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous reçu un renvoi / une recommandation pour cette aide médicale? ☐ Oui ☐ Non Si oui, veuillez l'inclure avec cette demande (voir section 4).

Avez-vous une estimation de coûts (devis) pour cette aide médicale? ☐ Oui ☐ Non Si oui, veuillez l'inclure avec cette demande (voir section 4).

Si vous demandez un service, comme des traitements de chiropractie ou de physiothérapie, avez-vous commencé les traitements?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez indiquer le nom du fournisseur ou de la clinique : Date de début des traitements :

Veuillez choisir l'aide médicale dont vous avez besoin :

- ☐ Traitement (physiothérapie, chiropractie, etc.) (veuillez préciser) :
- ☐ Opération (veuillez préciser la procédure) :
- ☐ Appareil TENS ou fournitures pour un appareil TENS
- ☐ Chaussures ou orthèses
- ☐ Gants (veuillez préciser le type) : Utilisez-vous les gants pour faire votre travail? ☐ Oui ☐ Non
- ☐ Lunettes prescrites (inclure l'ordonnance)
- ☐ Soins ou services dentaires (veuillez expliquer) :
- ☐ Attelles, béquilles ou autre matériel pour faciliter la mobilité / l'accessibilité (rampe, pièce pour fauteuil roulant, etc.) (veuillez préciser) :
- ☐ Prothèses, y compris les réparations ou le remplacement (veuillez préciser) :
- ☐ Services de soins à domicile (reçus nécessaires) (veuillez préciser) :
- ☐ Autre (veuillez préciser) :

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

3. Renseignements bancaires

Si vos renseignements bancaires ont changé depuis votre dernier paiement de Travail sécuritaire NB et vous demandez le remboursement de l'aide médicale, veuillez fournir les renseignements bancaires suivants :

Numéro de succursale :
(Peut également être appelé numéro de « transit ».)

Institution financière :

Numéro de compte :
(Habituellement trois chiffres, mais pourrait être plus selon la banque.)

Les numéros bancaires dont vous avez besoin figurent au bas de vos chèques. Vous pouvez également les obtenir en visitant le site Web de votre institution financière et en cliquant sur « Dépôt direct » ou « Prélèvements automatiques ». (Les mots peuvent varier.)
Remarque : Vous n'avez pas besoin de fournir vos renseignements bancaires si vous présentez ce formulaire à titre de renseignement seulement (vous ne cherchez pas à obtenir des traitements médicaux ou un remplacement du salaire).

4. Confirmation

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

- ☐ Rempli toutes les sections en entier
- ☐ Téléchargé et inclus un reçu (s'il en est)
- ☐ Téléchargé et inclus un renvoi / une recommandation (s'il en est)
- ☐ Téléchargé ou inclus une estimation de coûts / un devis (s'il en est)
- ☐ Indiqué votre numéro de réclamation sur tous les documents

5. 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 (travailleur ou représentant)	Date

6. Transmission

Voici vos options pour transmettre le formulaire :

Portail de Mes services
Le portail de Mes services est la façon la plus sécurisée et pratique de télécharger et 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 correspond à celle que nous avons au dossier. Inscrivez-vous ici.

Courriel
Envoyez un courriel à l'adresse 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 plus de renseignements, lisez l'énoncé sur l'accès à l'information et protection des renseignements personnels de Travail sécuritaire NB.

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

Télécopie
N° sans frais : 1 888 629-4722

Pour en savoir plus sur le processus de réclamation, les prestations offertes, et les façons d'assurer un retour au travail sain et sécuritaire, veuillez aller à travailsecuritairenb.ca/travailleurs. Si vous avez des questions, vous pouvez nous appeler au numéro sans frais 1 800 999-9775 (du lundi au vendredi, de 8 h 00 à 16 h 30).