

Demande d'aide médicale et d'autres services

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, consultez le formulaire [Demande de remboursement des frais de déplacement](#), la page [Programme de paiement direct des médicaments prescrits de Travail sécuritaire NB](#), la page [Perte d'audition](#) et le formulaire [Demande de prestations d'indemnisation des travailleurs](#).

1. Vos renseignements

Nom de famille		Prénom		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. <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Les deux			

2. Aide médicale ou autres services

Veillez décrire le traitement, la fourniture ou le service que vous demandez. Si cette demande concerne un professionnel de la santé ou une entreprise, veuillez indiquer son nom. **La demande doit avoir trait à la blessure ou à la condition liée au travail afin d'être présentée à des fins d'approbation.**

Exemples : Traitements de physiothérapie, coussinets pour appareil TENS, orthèses, etc.

Veillez expliquer pourquoi le traitement, la fourniture ou le service est nécessaire.

Afin de nous aider à traiter votre demande sans délai, veuillez confirmer les documents que vous présentez à l'appui de cette dernière (s'il en est) :

Reçu (pour les demandes de remboursement)

Renvoi, ordonnance ou recommandation d'un médecin

Devis ou coût estimatif du professionnel de la santé ou de l'entreprise

Remarque : La plupart des demandes exigent un devis ou coût estimatif, ou bien un renvoi, une ordonnance ou une recommandation d'un médecin. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les documents qui doivent accompagner votre demande, visitez notre [page Web](#).

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
-----	---	------

Voici vos options pour transmettre ce 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).

3. Renseignements bancaires

Si vous présentez une demande de remboursement et que vos renseignements bancaires ont récemment changé, veuillez communiquer avec nous au 1 800 999-9775 pour mettre à jour vos renseignements, ou fournissez les renseignements bancaires suivants et joignez-les à votre demande.

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 pourraient 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).