WORKSAFE TRAVAIL SÉCURITAIRE NB

Code du bénéficiaire _____

Nº de réclamation _____

Nº d'ass.-maladie _____

Date de l'accident _____

COMPTE DU MÉDECIN

Doit être rempli EN DÉTAIL et envoyé à Travail sécuritaire NB. La loi stipule qu'une demande de paiement soit faite par écrit dans les trois mois après que l'aide médicale a été entièrement fournie.

Nom du travailleur _____	Nom de l'employeur _____
Adresse _____	Adresse _____

IMPORTANT : Pour traiter cette facture, Travail sécuritaire NB doit avoir le **RAPPORT DE CONSULTATION** pour les services dispensés (le cas échéant).

INDIQUER :
(1) Une description complète des services dispensés à CHAQUE consultation
ET
(2) **Diagnostic** de la blessure (lorsque le *Formulaire 8* n'est pas rempli).

DATE	LIEU LA CONSULTATION		CODE DE SERVICE	HONORAIRES	
Veuillez utiliser le **TARIF DE BASE** seulement. Travail sécuritaire NB applique automatiquement toute prime admissible.				MONTANT DEMANDÉ	
			TOTAL		

ESTAMPILLER OU TAPER LE NOM ET L'ADRESSE DU MÉDECIN	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.
_____ DATE	_____ SIGNATURE DU MÉDECIN