État de New York
COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

DOSSIER DES FRAIS MÉDICAUX ET DE DÉPLACEMENT ET DEMANDE DE REMBOURSEMENT DU DEMANDEUR

NOM DU DEMANDEUR	N° DE DOSSIER WCB	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE
ADRESSE DE RÉSIDENCE	ADRESSE POSTALE (SI DIFFÉRENTE)	

Dans le cadre du dossier d'indemnisation des accidents du travail susmentionné, vous avez le droit d'être remboursé pour 1) les médicaments ou les fournitures dûment prescrits par votre prestataire de soins de santé que vous avez payés vous-même et pour 2) les frais de déplacement, les kilomètres parcourus en voiture ou d'autres dépenses nécessaires pour vous rendre au cabinet de votre prestataire de soins de santé ou à l'hôpital et en revenir.

Pour vous aider à tenir un registre de ces dépenses, nous vous fournissons ce formulaire. Afin de vous assurer que vous êtes correctement remboursé, énumérez chaque dépense ci-dessous, que vous ayez obtenu ou non un reçu (dans la mesure du possible, demandez des reçus). **Envoyez le formulaire rempli et des copies de tous les reçus ou factures à l'assureur de l'indemnisation des travailleurs (ou à votre employeur, en cas de régime autogéré) et à la Commission des accidents du travail (Workers' Compensation Board, WCB).** (Voir l'adresse de la WCB au verso). Il est conseillé de conserver une copie des reçus et des factures pour vos dossiers.

NATURE DE LA DÉPENSE	DATE	MONTANT

Suite au verso.

NATURE DE LA DÉPENSE	DATE	MONTANT

Adresse postale centralisée de la Commission
des accidents du travail de l'État de New York
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205

Adresse de dépôt électronique : wcbclaimsfiling@wcb.ny.gov
www.wcb.ny.gov