

Envoyez ce formulaire par télécopieur :

Winnipeg : 204-954-4999
 sans frais : 1-877-872-3804

N° de facture	Date de la facture (jj/mm/aaaa)
---------------	---------------------------------

Information sur le fournisseur de services

Numéro de compte de la WCB	Téléphone	Télécopieur
Nom du compte	Adresse (rue/ville/province/code postal)	

Information sur le patient

Numéro de réclamation	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Nom (prénom et nom de famille)	Numéro d'identification personnel
Adresse (rue/ville/province/code postal)	Date de l'incident (jj/mm/aaaa)
Téléphone	Partie du corps touchée par la blessure (précisez gauche ou droite, le cas échéant)

Information sur l'employeur (si elle est connue)

Nom (prénom et nom de famille)	Téléphone
Adresse (rue/ville/province/code postal)	

Traitements

Date de l'évaluation initiale (jj/mm/aaaa)	Mois du traitement :
--	----------------------

Précisez les dates de traitement ci-dessous.

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 15	
<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 31

Date du service ou du traitement (jj/mm/aaaa)	Code de service ou d'honoraires	Description	Quantité (c.-à-d. unités, jours, anesthésies, heures/minutes)	Montant

La WCB est exonérée de la TPS/TVH. Numéro d'enregistrement : 107863847RT0013

Montant total :

Prénom et nom de famille du chiropraticien :	Numéro d'enregistrement :	Date de soumission (jj/mm/aaaa) :
--	---------------------------	-----------------------------------

Attestation de la soumission

Je, _____, certifie aux présentes qu'à ma connaissance, l'information contenue dans ce formulaire est vraie, complète et non frauduleuse et est soumise aux fins du paiement de biens ou services fournis par moi ou par le fournisseur de soins de santé traitant.