

**Envoyez ce formulaire par télécopieur :**  
**Winnipeg : 204-954-4999**  
**Sans frais : 1-877-872-3804**

Date de la facture (jj/mm/aaaa)

N° de facture

### 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)	

### Traitement

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				<b>Montant total :</b>

Nom du fournisseur de soins de santé traitant (prénom et nom de famille) :

Date de soumission (jj/mm/aaaa) :

Numéro d'enregistrement du fournisseur de soins de santé traitant :

### 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.