

GUIDE RAPIDE POUR LES TRAVAILLEURS BLESSÉS

Vous avez été blessé(e) au travail. Que faire maintenant ?

Si vous avez été victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, vous pourriez avoir droit à des prestations d'indemnisation des accidents du travail. Vous avez peut-être déjà reçu des soins médicaux. Dans le cas contraire, consultez un médecin au plus vite.

Pour obtenir de l'aide concernant votre demande, appelez la **Commission des Accidents du Travail (Commission) au (877) 632-4996**

VOS RESPONSABILITÉS

- Prévenez votre employeur par écrit, en précisant quand, où et comment vous avez été blessé(e) ou êtes tombé(e) malade. Faites-le dès que possible, dans les **30 jours** suivant l'accident ou la maladie. N'envoyez pas de SMS, mais plutôt une lettre, un courriel ou tout autre document pouvant être enregistré ou imprimé.
- Informez vos prestataires de soins de santé que vous avez été victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et communiquez-leur le nom de l'assureur des accidents du travail de votre employeur. Si vous ne connaissez pas le nom de l'assureur de votre employeur, demandez-le à votre employeur ou contactez immédiatement la Commission. Votre prestataire de soins de santé transmettra les rapports médicaux à la Commission et à votre employeur ou à son assureur. Un rapport médical doit être transmis à la Commission pour que vous puissiez bénéficier de vos prestations.
- Déposez une **demande d'indemnisation de l'employé (formulaire C-3)** pour signaler votre blessure ou votre maladie à la Commission dès que possible. Vous devez informer la Commission de votre blessure ou de votre maladie dans un délai de deux ans. Si vous vous êtes déjà blessé(e) sur la même partie du corps ou si vous avez eu une maladie similaire, *vous devez également remplir un formulaire de Divulgence Limitée des Informations Médicales (formulaire C-3.3).*
La citoyenneté et le statut d'immigration ne sont pas pris en compte dans le cadre de l'indemnisation des accidents du travail.

Comment déposer une demande

Méthode la plus rapide : Rendez -vous sur wcb.ny.gov et cliquez sur « File a Claim » (déposer une demande)

Pour toute question concernant le dépôt d'un formulaire C-3, ou pour recevoir une copie du formulaire, appelez le **(877) 632-4996**. Un représentant de la Commission vous aidera.

FRAIS MÉDICAUX ET DE DÉPLACEMENT

Les soins médicaux pour le traitement de votre blessure ou de votre maladie liée au travail sont une prestation d'indemnisation des accidents du travail qui vous est fournie gratuitement. Les factures médicales pour votre blessure ou maladie sont payés directement par l'assureur d'indemnisation des accidents du travail de votre employeur à votre prestataire de soins de santé. Si votre dossier est contesté par l'assureur, les prestataires de soins de santé seront payés si la Commission statue en votre faveur. Toutefois, si la Commission statue contre vous ou si vous n'intentez pas d'action, vous devrez payer le prestataire de soins de santé ou l'hôpital (ou soumettre la ou les factures à votre propre assureur).

L'assurance des accidents du travail de votre employeur couvre les médicaments et les équipements médicalement nécessaires prescrits par votre prestataire de soins de santé. Vous pouvez également être remboursé(e) pour le kilométrage, les transports publics ou d'autres dépenses nécessaires engagées lors de vos déplacements pour recevoir un traitement. Présentez ces dépenses (y compris les reçus, le cas échéant) à l'assureur des accidents du travail de votre employeur et à la Commission au moyen du formulaire C-257, **Dossier des Frais Médicaux et de Déplacement et Demande de Remboursement du Demandeur.**

En règle générale, vous pouvez choisir n'importe quel prestataire de soins de santé agréé par la Commission. Vous pouvez rechercher un prestataire de soins de santé agréé dans votre région à l'aide de la fonction de recherche de prestataire (« Health Care Provider Search ») sur le site wcb.ny.gov. Vous pouvez également vous rendre dans des cliniques de santé au travail. Toutefois, si l'assureur des accidents du travail dispose d'un réseau de prestataires privilégiés (PPO) pour prendre en charge les accidents du travail, vous devez recevoir votre premier traitement au sein de ce réseau. Si cet assureur dispose également d'un réseau de pharmacies ou de centres de diagnostic, vous devez recevoir des services au sein de ces réseaux. L'assureur doit vous informer sur ses réseaux de prestataires obligatoires et sur la manière de les utiliser. Toutefois, en cas d'urgence, vous pouvez consulter n'importe quel prestataire.

INDEMNITÉS POUR PERTE DE SALAIRE

Vous avez droit à une partie de votre salaire perdu, qui doit vous être versée rapidement, si votre blessure ou votre maladie vous affecte d'une ou plusieurs des manières suivantes :

1. Elle vous empêche de travailler pendant plus de sept jours civils ;
2. Une partie de votre corps est considérée comme définitivement invalide ; et/ou
3. Votre salaire est réduit parce que vous travaillez désormais moins d'heures ou effectuez un autre travail.

Une fois que vous êtes guéri(e) de votre blessure ou de votre maladie et qu'aucune amélioration médicale n'est attendue (généralement un an après la date de l'accident/de la maladie ou de l'intervention chirurgicale, si une intervention chirurgicale a été pratiquée), vous pouvez demander à votre médecin d'évaluer si votre accident/maladie a entraîné une blessure/un état permanent. Pour en savoir plus sur cette prestation, veuillez consulter le site **wcb.ny.gov**, cliquez sur la section « Workers » (travailleurs), puis sélectionner « Disability Classifications » (catégories d'invalidité).

Vous pouvez engager un avocat ou un représentant agréé pour vous aider dans votre demande, mais ce n'est pas obligatoire. Vous ou votre famille ne devez pas payer directement votre avocat ou votre représentant agréé. Leurs honoraires sont approuvés par la Commission et déduits de votre indemnité pour perte de salaire.

Si votre dossier est contesté, vous pouvez percevoir des prestations d'invalidité pendant que l'affaire est en cours d'examen par la Commission. Pour obtenir le formulaire **Avis et Preuve de Demande de Prestations d'Invalidité (formulaire DB-450)**, rendez-vous sur **wcb.ny.gov**, appelez la Commission pour obtenir de l'aide ou rendez-vous dans un bureau de la Commission. Si l'affaire est résolue en votre faveur, les indemnités d'invalidité seront déduites de votre indemnité pour perte de salaire.

QUE SE PASSE-T-IL ENSUITE ?

L'assureur des accidents du travail vous contactera. Si votre demande est acceptée, vos prestataires de soins de santé seront payés et vous commencerez à percevoir des indemnités pour perte de salaire. Si votre dossier nécessite une audience, la Commission vous contactera. Des ressources en ligne sont disponibles pour faciliter le processus d'audience :

- **eCase** : vous pouvez télécharger et consulter les documents relatifs à votre dossier en ligne grâce au système eCase de la Commission, qui est utilisé pour traiter les demandes d'indemnisation des travailleurs blessés. Vous devez vous inscrire à eCase sur le site **wcb.ny.gov**.
- **Audiences Virtuelles** : vous avez la possibilité d'assister aux audiences sans avoir à vous rendre dans les locaux de la Commission grâce aux audiences virtuelles. Pour en savoir plus sur les audiences virtuelles et l'application gratuite de la Commission, rendez-vous sur **wcb.ny.gov/virtual-hearings**.

AIDE DISPONIBLE

Vous avez parfois besoin d'aide pour reprendre le travail. Votre employeur peut vous proposer des tâches alternatives ou plus légères qui vous permettront de travailler pendant votre guérison. Une blessure ou une maladie peut également causer des problèmes familiaux ou financiers. La Commission dispose de conseillers en réadaptation professionnelle et de travailleurs sociaux pour vous aider. Appelez la Commission pour obtenir plus d'informations sur les services disponibles et pour obtenir de l'aide.

Si vous êtes préoccupé(e) par la dépendance aux analgésiques opioïdes, appelez la HOPELine de l'OASAS de l'État de New York au **877-8-HOPENY (877-846-7369)**.

Coordonnées Importantes

| | | |
|-------------------------------------|----------------|-------------------|
| Commission des Accidents du Travail | (877) 632-4996 | claims@wcb.ny.gov |
| | | wcb.ny.gov |

New York State Workers' Compensation Board
PO BOX 5205
Binghamton, NY 13902-5205



**Workers'
Compensation
Board**



Remplissez ce formulaire pour demander des indemnités d'accident du travail en raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Tapez ou écrivez lisiblement. Ce formulaire peut également être rempli en ligne à l'adresse www.wcb.ny.gov.

N° de dossier WCB (si vous le connaissez) : _____

A. VOS INFORMATIONS (Employé(e))

1. Nom : _____ 2. Date de naissance : ____ / ____ / ____
Prénom Deuxième prénom Nom de famille
3. Adresse postale : _____
Numéro et rue/boîte postale/n° d'appartement Ville État Code postal
4. Numéro de Sécurité Sociale : ____ - ____ - ____ 5. Numéro de téléphone : (____) _____ 6. Genre : M F X
7. Avez-vous besoin d'un interprète si vous participez à une audience de la Commission ? Oui Non Si oui, pour quelle langue ? _____

B. VOTRE (VOS) EMPLOYEUR(S)

1. Employeur lors de la blessure : _____ 2. Numéro de téléphone : (____) _____
3. Votre adresse de travail : _____
Numéro et rue Ville État Code postal
4. Date d'embauche : ____ / ____ / ____ 5. Nom de votre superviseur : _____
6. Donnez le nom et l'adresse de tout autre employeur pour lequel vous travailliez au moment de votre blessure ou maladie : _____

7. Avez-vous dû vous absenter de vos autres emplois en raison de votre blessure ou de votre maladie ? Oui Non

C. VOTRE EMPLOI le jour de la blessure ou maladie

1. Quel était l'intitulé de votre poste ou la description de votre fonction ? _____
2. Quels types d'activités effectuiez-vous d'habitude au travail ? _____

3. Votre emploi était-il ? (cochez une case) À temps plein À temps partiel Saisonnier Bénévole Autre : _____
4. Quel était votre salaire brut (avant impôts) par période de paie ? _____ 5. À quelle fréquence étiez-vous payé(e) ? _____
6. Bénéficiiez-vous d'un logement ou de pourboires en plus de votre salaire ? Oui Non Si oui, expliquez : _____

D. VOTRE BLESSURE OU MALADIE

1. Date de la blessure ou de l'apparition de la maladie : ____ / ____ / ____ 2. Heure de la blessure : _____ AM PM
3. Où la blessure ou maladie est-elle survenue ? (par exemple, 1 Main Street, Pottersville, à la porte d'entrée) _____

4. S'agissait-il de votre lieu de travail habituel ? Oui Non Si non, pourquoi vous trouviez-vous à cet endroit ? _____

5. Que faisiez-vous lorsque vous vous êtes blessé(e) ou que vous êtes tombé(e) malade ? (par exemple, décharger un camion, écrire un rapport) _____

6. Comment la blessure ou maladie est-elle survenue ? (par exemple, j'ai trébuché sur un tuyau et je suis tombé sur le sol) _____

7. Expliquez en détail la nature de votre blessure ou maladie ; énumérez les parties du corps touchées (par exemple, cheville gauche tordue et coupure au front) : _____



VOTRE NOM : _____
Prénom Initial du deuxième prénom Nom de famille

DATE DE LA BLESSURE OU MALADIE : ____ / ____ / ____

D. VOTRE BLESSURE OU MALADIE *suite*

8. Un objet (par exemple, un chariot élévateur, un marteau, un acide) a-t-il été impliqué dans la blessure ou maladie ? Oui Non
Si oui, lequel ? _____

9. La blessure résulte-t-elle de l'utilisation ou de la conduite d'un véhicule à moteur immatriculé ? Oui Non

Si oui, votre véhicule le véhicule de l'employeur autre véhicule Numéro de la plaque d'immatriculation (si vous le connaissez) : _____

Si votre véhicule était impliqué, indiquez le nom et l'adresse de votre assureur automobile : _____

10. Avez-vous informé votre employeur (ou superviseur) de votre blessure ou maladie ? Oui Non

Si oui, vous en avez informé : _____ oralement par écrit Date du signalement : ____ / ____ / ____

11. Quelqu'un a-t-il vu votre blessure se produire ? Oui Non Je ne sais pas Si oui, indiquez les noms : _____

E. RETOUR AU TRAVAIL

1. Avez-vous cessé de travailler en raison de votre blessure ou maladie ? Oui, à quelle date ? ____ / ____ / ____

Non, passez à la section F.

2. Avez-vous repris le travail ? Oui Non Si oui, à quelle date ? ____ / ____ / ____ service normal service limité

3. Si vous avez repris le travail, pour qui travaillez-vous actuellement ? Même employeur Nouvel employeur Travailleur indépendant

4. Quel est votre salaire brut (avant impôts) par période de paie ? _____ À quelle fréquence êtes-vous payé(e) ? _____

F. TRAITEMENT MÉDICAL POUR CETTE BLESSURE OU MALADIE

1. À quelle date avez-vous reçu votre premier traitement ? ____ / ____ / ____ Aucun reçu (passez à la question F-5)

2. Avez-vous été traité(e) sur place ? Oui Non

3. Où avez-vous reçu votre premier traitement médical hors site pour votre blessure ou maladie ? Aucun reçu Urgences
 Cabinet médical Clinique/hôpital/soins urgents Séjour hospitalier de plus de 24 heures

Nom et adresse de l'endroit où vous avez reçu votre premier traitement : _____

Numéro de téléphone : (____) _____

4. Êtes-vous toujours traité(e) pour cette blessure ou maladie ? Oui Non

Indiquez le nom et l'adresse des médecins qui vous traitent pour cette blessure ou maladie : _____

Numéro de téléphone : (____) _____

5. Avez-vous eu une autre blessure à la même partie du corps, ou une maladie similaire ? Oui Non

Si oui, avez-vous été traité(e) par un médecin ? Oui Non Si oui, indiquez le nom et l'adresse des médecins qui vous ont traité(e) et

REMPLISSEZ ET JOIGNEZ LE FORMULAIRE C-3.3 AVEC LE PRÉSENT FORMULAIRE :

6. La blessure ou maladie précédente était-elle liée au travail ? Oui Non

Si oui, travailliez-vous pour le même employeur que celui pour lequel vous travaillez actuellement ? Oui Non

Par la présente, je présente une demande de prestations en vertu de la loi sur les accidents du travail. Par ma signature, j'affirme que les informations que je fournis sont vraies et exactes au meilleur de mes connaissances et de mes convictions.

Toute personne qui, en connaissance de cause et AVEC L'INTENTION DE FRAUDER, présente, fait présenter ou prépare, en sachant ou en croyant qu'elles seront présentées à ou par un assureur ou à un employeur auto-assuré, des informations contenant une FAUSSE DÉCLARATION MATÉRIELLE ou qui dissimule un fait important, SE RENDRA COUPABLE D'UNE INFRACTION et sera passible D'AMENDES ET D'UNE PEINE D'EMPRISONNEMENT importantes.

Signature de l'employé(e) : _____ Nom en caractères d'imprimerie : _____ Date : ____ / ____ / ____

Au nom de l'employé(e) : _____ Nom en caractères d'imprimerie : _____ Date : ____ / ____ / ____

Une personne ne peut signer au nom de l'employé(e), que si elle est également autorisée à le faire, et que l'employé(e) est mineur(e), mentalement inapte ou frappé(e) d'incapacité.

Je certifie qu'au mieux de mes connaissances, de mes informations et de mes convictions, formées après une enquête raisonnable dans les circonstances, les allégations et autres éléments factuels affirmés ci-dessus sont étayés par des preuves, ou sont susceptibles d'être étayés par des preuves après une possibilité raisonnable d'enquêtes ou de découvertes supplémentaires.

Signature de l'avocat ou du représentant (le cas échéant) : _____ Date : ____ / ____ / ____

Nom en caractères d'imprimerie : _____ Titre : _____

N° d'identification, le cas échéant : R _____ Si représentant agréé, n° de licence : _____ Date d'expiration : _____

Consignes pour remplir la demande d'indemnisation de l'employé (formulaire C-3)

Veillez remplir ce formulaire et l'envoyer à l'adresse postale centralisée de la Commission des Accidents du Travail indiquée à la fin des présentes consignes. Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, prenez contact avec la Commission des Accidents du Travail au **1-877-632-4996**. Vous pouvez également remplir ce formulaire en ligne sur **wcb.ny.gov**. Si vous n'avez pas ou ne connaissez pas votre numéro de dossier de la Commission des Accidents du Travail, veuillez laisser ce champ vide. Il n'est pas nécessaire pour traiter votre demande. N'oubliez pas d'inscrire votre nom et la date de votre blessure ou maladie en haut de la page deux.

Section A - Vos informations (Employé(e)) :

Dans la section A, inscrivez votre nom, votre adresse et les autres renseignements demandés.

Remarque sur le point 7 : Les audiences de la Commission se déroulent en anglais. Si vous avez besoin d'un interprète, cochez **Oui** et indiquez la langue requise.

Notification conformément à la loi de New York sur la protection de la vie privée (article 6-A du droit de l'administration) et de la loi fédérale sur la protection de la vie privée de 1974 (5 U.S.C. § 552a).

Le pouvoir de la Commission des Accidents du Travail de demander aux demandeurs de fournir des données personnelles, y compris leur numéro de sécurité sociale, découle du pouvoir d'enquête de la Commission que lui attribue l'article 20 la loi sur les accidents du travail, et de son pouvoir administratif que lui attribue l'article 142 la loi sur les accidents du travail. Ces informations sont recueillies pour aider la Commission à enquêter et à administrer les demandes de la manière la plus rapide possible et pour l'aider à tenir des dossiers de demande précis. La communication de votre numéro de sécurité sociale à la Commission se fait sur base volontaire. Le fait de ne pas fournir votre numéro de sécurité sociale sur ce formulaire n'entraîne aucune pénalité ; cela n'entraînera pas le refus de votre demande ou la réduction de vos prestations. La Commission protégera la confidentialité de toutes les données personnelles en sa possession et ne les divulguera que dans le cadre de ses fonctions officielles et conformément aux lois fédérales et d'État applicables.

Section B - Votre (vos) employeur(s) :

Dans la section B, inscrivez le nom, l'adresse, le numéro de téléphone et les autres renseignements concernant l'employeur pour lequel vous travailliez au moment de la blessure ou de la maladie.

Remarque : Votre employeur est l'entreprise ou l'agence qui vous verse votre salaire. Si vous êtes un(e) entrepreneur(euse) sur un lieu de travail ou dans un bureau, l'agence de recrutement ou le fournisseur qui vous a embauché(e) est votre employeur, et non le lieu de travail ou le bureau où vous vous présentez au travail.

Section C - Votre emploi le jour de la blessure ou maladie :

Dans la section C, inscrivez le titre de votre emploi, vos activités professionnelles et les renseignements sur votre rémunération.

Section D - Votre blessure ou maladie :

Dans la section D, inscrivez les renseignements concernant votre blessure ou votre maladie.

Point 1 : Inscrivez la date à laquelle vous avez été blessé(e) ou la première date à laquelle vous avez remarqué que vous étiez malade.

S'il s'agit d'une blessure ou d'une maladie professionnelle, passez le point 2. La date de l'accident doit être indiquée au format mois/jour/année. L'année doit être écrite en quatre chiffres, par exemple 2015.

Point 2 : Indiquez l'heure à laquelle la blessure est survenue. Cochez s'il s'agissait du matin (AM) ou de l'après-midi (PM).

Point 3 : Indiquez le lieu où la blessure/maladie est survenue, y compris l'adresse du bâtiment et l'emplacement physique dans le bâtiment où la blessure ou maladie est survenue.

Point 4 : Précisez s'il s'agit de votre lieu de travail habituel. Si ce n'est pas le cas, expliquez pourquoi vous vous trouviez à cet endroit.

Point 5 : Décrivez en détail ce que vous faisiez au moment de la blessure ou maladie (par exemple, décharger des boîtes d'un camion à la main).

Cette explication permet de déterminer les événements qui ont conduit à la blessure.

Point 6 : Décrivez en détail comment la blessure ou maladie est survenue (par exemple, je soulevais une lourde boîte d'un camion). Cette description doit inclure toutes les personnes et tous les événements impliqués dans la blessure ou maladie.

Point 7 : Indiquez de façon complète la nature et l'étendue de votre blessure ou maladie, y compris toutes les parties du corps touchées. Faites preuve d'autant de précision que possible (par exemple, je me suis fait mal au dos en essayant de soulever une boîte lourde ; maintenant, j'ai mal lorsque je me penche ou que je soulève des objets, même légers).

Point 8 : Indiquez si un objet **autre** qu'un véhicule à moteur immatriculé a été impliqué dans l'accident. Il peut s'agir d'un outil (par exemple, un marteau), d'un produit chimique (par exemple, de l'acide), d'une machine (par exemple, un chariot élévateur ou une perceuse à colonne), etc.

Point 9 : Indiquez si un véhicule à moteur immatriculé a été impliqué dans l'accident. Si oui, précisez si le véhicule impliqué était le vôtre, celui de votre employeur ou celui d'un tiers. Indiquez le numéro de la plaque d'immatriculation (si vous le connaissez). Si votre véhicule était impliqué, indiquez le nom et l'adresse de votre assureur de responsabilité civile automobile.

Point 10 : Précisez si vous avez informé votre employeur ou votre supérieur hiérarchique de votre blessure ou de votre maladie. Si oui, indiquez qui vous avez prévenu et si vous l'avez fait oralement ou par écrit. Indiquez la date à laquelle vous avez effectué ce signalement.

Point 11 : Indiquez si quelqu'un d'autre a vu la blessure se produire. Si quelqu'un était témoin, indiquez son nom.

Section E - Retour au travail :

Point 1 : Si vous avez cessé de travailler à la suite de votre blessure ou maladie professionnelle, cochez « Oui » et indiquez la date à laquelle vous avez cessé de travailler. Si vous n'avez pas cessé de travailler, cochez « Non » et passez à la section suivante.

Point 2 : Si vous avez repris le travail depuis, cochez « Oui ». Indiquez également à quelle date vous avez recommencé à travailler, ainsi que si vous avez repris vos fonctions habituelles ou si vous êtes en service limité ou restreint. (Si vous n'avez pas repris toutes les fonctions que vous exerciez avant votre blessure ou votre maladie, vous êtes en service limité.)

Point 3 : Si vous avez repris le travail, indiquez pour qui vous travaillez actuellement.

Point 4 : Indiquez votre salaire brut (avant impôts) par période de paie pour l'emploi que vous occupez actuellement. Indiquez la fréquence de votre paie (hebdomadaire, bimensuelle, etc.).

Section F - Traitement médical pour cette blessure ou maladie :

Point 1 : Si vous n'avez pas reçu de traitement médical pour cette blessure ou maladie, cochez la case « Aucun reçu » et passez au point 5. Sinon, inscrivez la date à laquelle vous avez reçu le premier traitement pour cette blessure ou maladie et remplissez le reste de la section.

Point 2 : Précisez si vous avez reçu le premier traitement pour cette blessure ou cette maladie sur votre lieu de travail.

Point 3 : Précisez l'endroit où vous avez reçu pour la première fois un traitement médical hors site pour votre blessure ou votre maladie. Indiquez le nom et l'adresse de l'établissement ainsi que le numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional).

Point 4 : Si vous recevez toujours un traitement pour la même blessure ou maladie, cochez « Oui » et indiquez le nom et l'adresse du ou des médecin(s) traitant, ainsi que leur numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) ; sinon, cochez « Non ».

Point 5 : Si vous avez déjà eu une blessure à la même partie du corps ou une maladie similaire, cochez « Oui » et indiquez si vous avez été traité(e) par un médecin pour cette blessure ou cette maladie. Si vous avez été traité par un médecin, indiquez le(s) nom(s) et l'adresse(s) du (des) médecin(s) ayant dispensé les soins **et remplissez et déposez le formulaire C-3.3 avec le présent formulaire.**

Point 6 : Si vous avez eu une blessure ou une maladie antérieure, précisez si votre blessure ou votre maladie antérieure était liée au travail. Si oui, précisez si la blessure ou la maladie s'est produite pendant que vous travailliez pour votre employeur actuel.

Signez le formulaire C-3 à l'endroit prévu pour la signature de l'employé à la page 2, écrivez votre nom en caractères d'imprimerie et inscrivez la date à laquelle vous avez signé le formulaire. Si un tiers signe au nom de l'employé(e), cette personne doit signer sur la deuxième ligne de signature. Si vous êtes représenté(e) par un avocat, votre représentant doit remplir et signer la section dédiée à l'attestation de l'avocat ou du représentant au bas de la page 2.

Ce que tout(e) travailleur(euse) doit faire en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle :

1. Informez immédiatement votre employeur ou votre superviseur de la date, du lieu et des circonstances de votre blessure.
2. Obtenez immédiatement des soins médicaux.
3. Demandez à votre médecin de déposer des rapports médicaux auprès de la Commission et de votre employeur ou de sa compagnie d'assurance.
4. Remplissez cette demande d'indemnisation et envoyez-la au bureau de la Commission des Accidents du Travail le plus proche. (Voir ci-dessous.) Si vous ne déposez pas votre demande dans les deux ans qui suivent la date de la blessure, votre demande peut être rejetée. Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, téléphonez ou rendez-vous au bureau de la Commission des Accidents du Travail le plus proche indiqué ci-dessous.
5. Assistez à toutes les audiences auxquelles vous êtes convoqué(e).
6. Reprenez le travail dès que vous le pouvez ; les indemnités n'atteignent jamais le montant de votre salaire.

Vos droits :

1. En règle générale, vous avez le droit d'être traité(e) par le médecin de votre choix, à condition qu'il soit autorisé par la Commission. Si votre employeur a conclu un accord avec un réseau de prestataires privilégiés (PPO), vous devez obtenir les premiers soins auprès du prestataire désigné par ce réseau pour fournir des services de soins de santé aux victimes d'accidents du travail.
2. **NE PAYEZ PAS** votre médecin ou votre hôpital. Leurs factures seront payées par la compagnie d'assurance si votre dossier n'est pas contesté. Si votre dossier est contesté, le médecin ou l'hôpital devra attendre le paiement jusqu'à ce que la Commission rende sa décision. Si vous ne donnez pas suite à votre demande ou si la Commission rend une décision défavorable, vous devrez payer le médecin ou l'hôpital.
3. Vous avez également droit au remboursement des médicaments, des béquilles ou de tout autre appareil dûment prescrit par votre médecin, ainsi que des frais de transport ou autres dépenses nécessaires pour vous rendre au cabinet de votre médecin ou à l'hôpital. (Conservez les reçus de ces dépenses.)
4. Vous avez droit à une indemnisation si votre blessure vous empêche de travailler pendant plus de sept jours, vous oblige à travailler pour un salaire inférieur ou entraîne une invalidité permanente d'une partie de votre corps.
5. L'indemnité est payable directement et sans attendre une sentence, sauf lorsque la demande est contestée.
6. Les travailleurs blessés ou les personnes à charge des travailleurs décédés peuvent se représenter eux-mêmes devant la Commission ou faire appel à un avocat ou à un représentant agréé pour les représenter. Si un avocat ou un représentant agréé est engagé, ses honoraires pour services juridiques seront examinés par la Commission et, s'ils sont approuvés, seront payés par l'employeur ou la compagnie d'assurance à partir des indemnités dues. Les travailleurs blessés ou les personnes à charge des travailleurs décédés ne doivent rien payer directement à l'avocat ou au représentant agréé qui les représente dans une affaire d'indemnisation.
7. Si vous avez besoin d'aide pour reprendre le travail ou si vous rencontrez des problèmes familiaux ou financiers en raison de votre blessure, contactez le bureau de la Commission des Accidents du Travail le plus proche de chez vous et demandez à parler à un conseiller en réadaptation ou à un travailleur social.

Ce formulaire doit être déposé directement par courrier à l'adresse ci-dessous :

Commission des Accidents du Travail de l'État de New York

Adresse Centralisée

PO Box 5205

Binghamton, NY 13902-5205

Numéro gratuit du service à la clientèle : 877-632-4996

État de New York
COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Avis Relatif au Droit de Choisir un Prestataire de Soins de Santé
Agréé par la Commission des Accidents du Travail

| | | |
|-------------------------------|---|--------------------|
| Nom de l'employé(e) blessé(e) | No. de Sécurité Sociale de l'employé(e) blessé(e) | Date de l'accident |
| Nom et adresse de l'employeur | | |

À l'attention de l'employé(e) blessé(e) :

Pour le traitement de votre blessure ou maladie professionnelle, vous pouvez choisir tout médecin, podologue, chiropracteur ou psychologue (sur recommandation d'un médecin agréé) agréé par la Commission des Accidents du Travail et qui accepte les patients en indemnisation des accidents du travail.

Bien que vous puissiez choisir d'utiliser un réseau ou un prestataire recommandé par votre employeur ou son assureur des accidents du travail, ou de permettre à votre employeur de choisir un prestataire en votre nom, vous pouvez, à tout moment, changer de prestataire de soins de santé sans compromettre votre demande d'indemnisation pour accidents du travail.

Signature de l'employé(e) blessé(e) Date

Signature du témoin

Date

Veillez noter : vous n'êtes pas tenu de signer ce formulaire de consentement si votre employeur (i) participe à un programme de prestataires privilégiés (PPO) certifié en vertu de l'Article 10-A de la Loi sur les Accidents du Travail, ou (ii) participe au programme pilote de règlement extrajudiciaire des litiges (ADR) en vertu de l'article 25(2-c) de la Loi sur le Accidents du Travail. Conformément à ces programmes statutaires, sauf en cas d'urgence, vous devez obtenir au moins un traitement initial pour toute blessure ou maladie couverte par l'indemnisation des accidents du travail auprès du ou des réseaux certifiés ou des prestataires désignés par votre employeur.

À l'Attention de l'employeur :

L'employeur doit fournir à l'employé(e) blessé(e) susmentionné(e) une copie de ce formulaire signé et conserver l'original dans ses dossiers, où il pourra être inspecté à tout moment par la Commission des Accidents du Travail. Ce formulaire ne doit pas être soumis à la Commission des Accidents du Travail ni être signé avant la survenue de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle de l'employé(e) en question.

La Commission des Accidents du Travail emploie et sert les personnes handicapées sans discrimination.



AVIS CONCERNANT LES PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES DANS LE CADRE DE L'INDEMNISATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Veillez lire attentivement cet avis. Il contient des informations importantes sur l'obtention de médicaments dans le cadre d'une demande d'indemnisation pour accident du travail auprès du Fonds d'Assurance de l'État de New York (NYSIF).

Le NYSIF a conclu un accord avec CVS Caremark, un Gestionnaire de Prestations Pharmaceutiques (PBM) qui dispose d'un réseau de pharmacies afin de fournir aux travailleurs les médicaments dont ils peuvent avoir besoin pour soigner une blessure ou une maladie **liée au travail**. Cela ne change en rien votre droit d'obtenir les médicaments nécessaires au traitement d'une telle maladie ou blessure. Cela signifie simplement que vous devez vous procurer ces médicaments auprès d'une pharmacie participante du réseau CareComp administré par CVS Caremark. Ce réseau ne se limite pas aux pharmacies CVS, mais comprend plus de 67 000 pharmacies participantes. Vous pouvez obtenir la liste des pharmacies et leurs adresses :

- en appelant le centre d'appel CVS Caremark au **(866) 493-1640**, ou le numéro TDD pour les malentendants au **(866) 200-2161**
- en consultant le site web <https://nysif.wcrxportal.com/Pharmacy/Index>
- en consultant le site web du NYSIF nysif.com/networkbenefits

Si vous obtenez vos médicaments dans le cadre d'une demande d'indemnisation pour accident du travail, vous devez vous les procurer dans l'une de ces pharmacies, sauf si :

- vous avez une urgence médicale et qu'il n'est pas raisonnablement possible d'acheter les médicaments dont vous avez besoin pour cette urgence dans une pharmacie du réseau, ou
- la commande par courrier ou par téléphone n'est pas possible dans le réseau, aucune pharmacie du réseau ne vous livrera et aucune de ces pharmacies ne se trouve à moins de 15 miles si vous vivez dans une zone rurale, ou à moins de cinq miles si vous ne vivez pas dans une zone rurale. Si vous pensez que c'est votre cas, veuillez appeler l'un des numéros indiqués au bas de cette page.

Veillez noter que CVS Caremark propose des services de vente par correspondance, par internet et par téléphone. Pour obtenir des instructions, veuillez contacter le centre d'appels CVS Caremark au (866) 493-1640.

Toutes les pharmacies du réseau sont tenues de disposer d'un stock suffisant de médicaments afin de pouvoir vous servir sans délai.

Toutes les pharmacies en magasin doivent être ouvertes aux heures habituelles dans votre quartier.

Les pharmacies du réseau CareComp factureront directement le NYSIF. Vous n'aurez pas à payer **de frais supplémentaires pour les médicaments**.

Vous pouvez obtenir des informations supplémentaires sur le réseau de pharmacies CareComp en appelant le numéro gratuit, disponible 24 heures sur 24 : (866) 493-1640.

Si vous avez des questions ou des problèmes, veuillez appeler le NYSIF au (888) 875-5790. Vous pouvez également contacter la Commission des Accidents du Travail de l'État de New York à l'adresse [general information@wcb.ny.gov](mailto:generalinformation@wcb.ny.gov) ou au (877) 632-4996, le Bureau de Défense des Travailleurs Blessés au (800) 580-6665. Vous pouvez également trouver de plus amples informations en consultant le site www.wcb.ny.gov

TITULAIRE DE LA POLICE - VEUILLEZ AFFICHER DE FAÇON BIEN VISIBLE



Informations Importantes sur l'Identification des Services de Prescription Temporaire dans le cadre de l'Indemnisation des Accidents du Travail

ATTENTION TRAVAILLEUR BLESSÉ

Ce formulaire d'Identification des Services de Prescription Temporaire dans le cadre de l'Indemnisation des Accidents du Travail DOIT ÊTRE PRÉSENTÉ à votre pharmacien lorsque vous faites remplir votre ou vos premières ordonnances. Si vous avez des questions ou si vous avez besoin de trouver une pharmacie participante, veuillez contacter le service à la clientèle de CVS Caremark au 1-866-493-1640.

Pharmacien/Employeur - Une fois le formulaire rempli, envoyez-le par fax à CVS Caremark : 1-866-493-1644

Les renseignements sur le demandeur seront ajoutés par CVS Caremark pour permettre le traitement des médicaments. Ces renseignements peuvent également être fournis par téléphone en composant le 1-866-493-1640.

| Fonds d'Assurance de l'Etat de New York | Groupe N° : NYSIF |
|---|--|
| Attention : Tous les points ci-dessous doivent être remplis. | |
| NOM DE L'EMPLOYEUR : | NOM DU TRAVAILLEUR ACCIDENTÉ : |
| _____ | PRÉNOM DEUXIEME PRÉNOM NOM |
| LE NUMÉRO DE LA POLICE DE COMPENSATION DES TRAVAILLEURS DU NYSIF DE L'EMPLOYEUR : | L'ADRESSE POSTALE DU TRAVAILLEUR BLESSÉ : |
| _____ | _____ |
| DATE DE LA BLESSURE / ____ / ____ (MM/DD/YYYY) | RUE |
| LA DATE DE NAISSANCE DU TRAVAILLEUR BLESSÉ : | _____ |
| ____ / ____ / ____ (MM/DD/YYYY) | VILLE, CODE POSTAL ÉTAT |
| LE NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DU TRAVAILLEUR BLESSÉ : | <i>Service d'assistance : Il s'agit d'un Programme POS par CVS Caremark uniquement. Pour obtenir de l'aide, appelez le Service d'Assistance de CVS Caremark au 866.493.1640.</i> |
| _____ | |

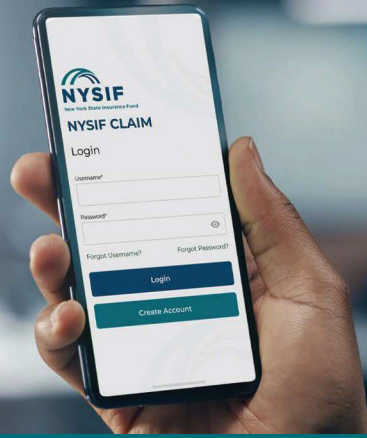
À l'attention du Pharmacien :

Le programme de prescription du NYSIF est administré par CVS Caremark. Veuillez suivre les étapes d'action énumérées ci-dessous pour saisir la demande. Ces étapes sont nécessaires pour soumettre une ordonnance pour les demandeurs du NYSIF.

| | |
|---------|---|
| Étape 1 | Entrez le numéro BIN 610235 |
| Étape 2 | Entrez le PCN : WRK |
| Étape 3 | ID : Numéro de Sécurité Sociale du Travailleur Blessé |

BESOIN D'AIDE ?

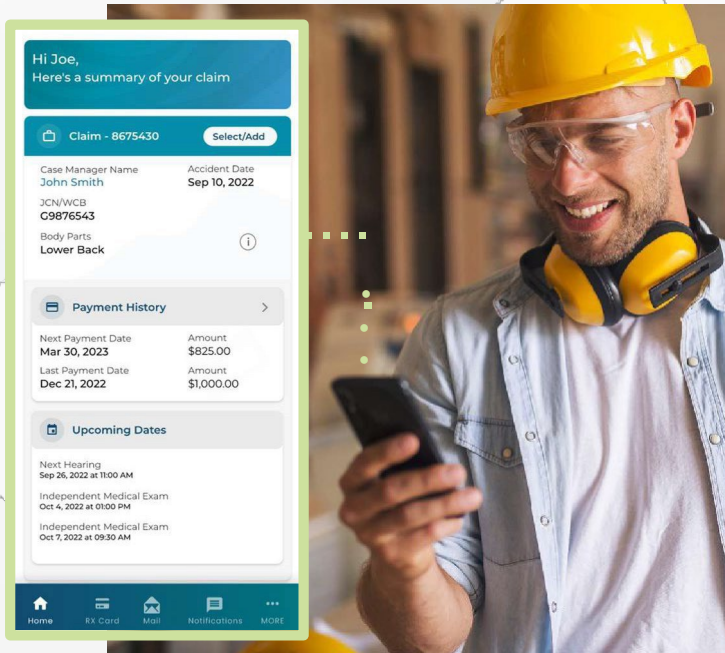
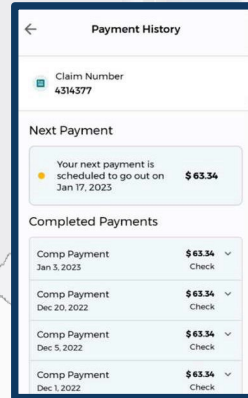
Pharmacien, si vous avez des questions pendant le traitement de la demande, veuillez appeler le service d'assistance de CVS Caremark au numéro suivant : 1-866-493-1640.



Application Mobile de Demande

Vous souhaitez vérifier le statut de votre prestation ou de votre demande d'indemnisation pour accident du travail ? Le NYSIF a une application pour cela. Grâce à l'application mobile NYSIF Claim, vous pouvez facilement accéder aux informations en temps réel concernant votre demande, notamment :

- Statut des chèques et des paiements
- Coordonnées du gestionnaire de dossier
- Statut de la demande
- Audiences et examens médicaux à venir



AMÉLIORATION DE LA COMMUNICATION, DE LA TRANSPARENCE ET DE L'ENGAGEMENT

Grâce à l'application mobile **NYSIF Claim**, vous pouvez facilement effectuer les tâches administratives suivantes :

- Localiser le numéro de demande
- Consulter l'historique des paiements
- Associer d'autres demandes NYSIF à votre compte
- Recevoir des notifications
- Accéder à votre carte de prescription
- Envoyer un courriel à votre gestionnaire de dossier
- S'inscrire au virement automatique

SCANNEZ ICI



Téléchargez dès Aujourd'hui l'application mobile NYSIF Claim !

Pour en savoir plus, rendez-vous sur nysif.com



Programme de gestion des demandes par les infirmières



Pour vous accompagner tout au long de votre rétablissement, une infirmière du NYSIF pourra vous contacter par téléphone.

Lors de cet appel, une infirmière du NYSIF pourra vous fournir des informations sur les traitements dont vous avez besoin et vous aider à identifier les ressources disponibles pour les employés blessés. L'infirmière du NYSIF pourra également vous expliquer les avantages liés à l'utilisation de l'application mobile NYSIF Claim pour accéder aux informations relatives à votre demande d'indemnisation pour accident du travail et répondre à toutes vos questions.



Votre santé et votre rétablissement sont notre priorité absolue, et nous sommes impatients de vous parler.

**Recevez vos indemnités
d'accident du travail par
virement automatique !**

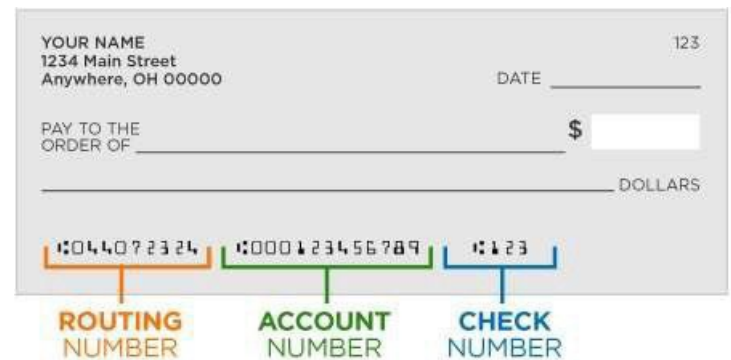
Virement automatique

Fonds d'Assurance de l'État de New York

Le NYSIF offre aux demandeurs la possibilité de recevoir leurs prestations d'indemnisation des accidents du travail par virement automatique. En collaboration avec votre établissement financier, NYSIF peut verser vos indemnités directement sur votre compte bancaire. Vous pouvez même choisir de répartir vos paiements entre deux comptes bancaires (en pourcentage).

EXIGENCES RELATIVES AU TYPE DE COMPTE

Vous devez déposer votre paiement sur un compte **Courant ou un Compte d'Épargne**. Remplissez toutes les informations sur le formulaire de virement automatique, y compris votre numéro d'acheminement bancaire et votre numéro de compte (voir illustration). Contactez votre banque si vous avez besoin d'aide.



YOUR NAME 1234 Main Street Anywhere, OH 00000 DATE 123

PAY TO THE ORDER OF \$

_____ DOLLARS

044072324 000123456789 123

ROUTING NUMBER ACCOUNT NUMBER CHECK NUMBER

ANNULATION

Le présent accord reste en vigueur jusqu'à son annulation. Pour annuler votre accord, rendez-vous sur **nysif.com**, inscrivez-vous en tant que demandeur et sélectionnez l'option « Se désabonner du virement automatique ». Vous pouvez également annuler votre accord en contactant votre gestionnaire de dossier NYSIF sur **nysif.com** à l'aide de notre Lien rapide « Obtenir de l'Aide pour les Demandes ». Le présent accord peut également être annulé par le NYSIF ou par votre institution financière. Dans les deux cas, vous recevrez les chèques suivants par courrier. Le traitement d'une annulation peut prendre jusqu'à trois semaines.

MODIFICATIONS DE VOTRE COMPTE

Il vous incombe d'informer le NYSIF de toute modification de vos coordonnées bancaires (changement de numéro de compte, d'institution financière, etc.). Informez le NYSIF en soumettant une nouvelle demande de virement automatique, disponible sur **nysif.com**.

Si vous changez de compte ou d'institution financière, vous devez conserver votre ancien compte jusqu'à ce que votre nouveau compte reçoive votre prochain paiement par virement automatique. Si l'ancien compte n'est pas maintenu, vous risquez de subir un retard de paiement jusqu'à ce que votre nouvelle autorisation de virement automatique prenne effet.

VÉRIFICATION PÉRIODIQUE

Le NYSIF peut vous contacter périodiquement pour valider les informations relatives à votre compte de virement automatique. Si le bénéficiaire n'est plus en vie, veuillez en informer immédiatement le NYSIF.

Pour recevoir le virement automatique de vos prestations, veuillez remplir ce formulaire dans son intégralité et le renvoyer à l'adresse ci-dessous. Pour plus d'informations sur vos droits en matière de virement automatique, rendez-vous sur nysif.com/directdeposit. Tous les champs doivent être remplis pour pouvoir bénéficier du virement automatique.

| | |
|--|---|
| NOM (PRÉNOM, DEUXIÈME PRÉNOM, NOM DE FAMILLE) : | NUMÉRO DE DEMANDE D'INDEMNISATION DU NYSIF : |
| ADRESSE PERSONNELLE (NE PAS UTILISER DE BOÎTE POSTALE) : _____ | |
| VILLE : _____ ÉTAT : _____ CODE POSTAL : _____ | |
| ADRESSE COURRIEL : _____ TÉLÉPHONE : _____ | |
| Saisissez toutes les informations, y compris votre numéro de compte et le numéro d'acheminement bancaire. Contactez votre institution financière si vous avez besoin d'aide pour remplir cette section. Facultatif : si vous souhaitez répartir vos paiements entre deux comptes bancaires, remplissez les deux séries de champs relatifs aux banques. Le pourcentage de répartition doit totaliser 100% (par exemple, 75 % sur le compte n° 1 et 25 % sur le compte n° 2). Si, à un moment donné, votre compte bancaire n'est plus disponible, le montant dû sera envoyé par chèque papier. | |
| COMPTE DE VIREMENT AUTOMATIQUE N° 1 (choisir entre le chèque et l'épargne) : <input type="radio"/> Chèque <input type="radio"/> Distribution Épargne _____ % du chèque | |
| NOM DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE : _____ | |
| ROUTAGE N° _____ COMPTE N° _____ | |
| COMPTE DE VIREMENT AUTOMATIQUE N° 2 (choisir entre le chèque et l'épargne) : <input type="radio"/> Chèque <input type="radio"/> Distribution Épargne _____ % du chèque | |
| NAME OF FINANCIAL INSTITUTION : _____ | |
| COMPTE N° _____ COMPTE N° _____ | |
| CERTIFICATION ET AUTORISATION DU DÉPOSANT/BÉNÉFICIAIRE | |
| En signant ce formulaire, j'autorise le NYSIF à effectuer des paiements à l'institution financière susmentionnée pour dépôt sur le(s) compte(s) désigné(s). Je certifie avoir droit aux indemnités ou au produit du règlement sous-jacent, et que la situation qui me donne droit aux prestations du NYSIF n'a pas changé. Si des circonstances susceptibles d'affecter mon droit aux paiements venaient à changer, je dois en informer le NYSIF. Je comprends que pour demander le virement automatique, je dois fournir une adresse courriel. En soumettant cette demande, je consens à recevoir des notifications électroniques à l'adresse courriel fournie. | |
| SIGNATURE : _____ DATE : _____ | |

ENVOYEZ VOTRE DEMANDE DÛMENT REMPLIE À :

**NYSIF
PO Box 66699
Albany, NY 12206**