

**AVIS INDIQUANT QUE VOUS POUVEZ ÊTRE RESPONSABLE DES FRAIS MÉDICAUX EN CAS D'ÉCHEC DES POURSUITES, DE REJET DE LA DEMANDE D'INDEMNISATION OU D'APPROBATION DE L'ACCORD AU TITRE DE L'ARTICLE 32 DE LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL**

N° DE DOSSIER WCB (s'il est connu)		N° D'ADMIN DE LA RÉCLAMATION (s'il est connu)	DATE DE LA BLESSURE	NATURE DE LA BLESSURE OU MALADIE	N° DE SÉC. SOC. DU DEMANDEUR
DEMANDEUR		NOM		ADRESSE	N° APP.
EMPLOYEUR					
ASSUREUR					

Vous pouvez devenir responsable des coûts médicaux du traitement de votre maladie ou de votre état auprès du prestataire de soins de santé mentionné ci-dessous 1) si vous n'intentez pas d'action en justice pour la demande d'indemnisation, 2) s'il est déterminé par la Commission des accidents du travail que la maladie ou l'état qui a nécessité un traitement n'était pas le résultat d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle indemnisable, ou 3) si un accord est signé par vous et approuvé conformément à l'article 32 de la loi sur les accidents du travail, dans lequel vous renoncez à votre droit aux prestations médicales de l'assureur ou de l'employeur auto-assuré pour les traitements et services effectués après la date d'approbation de l'accord. Si l'un des événements ci-dessus se produit, le prestataire peut vous facturer directement au lieu de l'employeur ou de l'assureur, et vous serez responsable des honoraires du prestataire pour les services rendus.

Je reconnais par la présente que j'ai lu ce qui précède et que je comprends les circonstances dans lesquelles je peux devenir responsable du paiement.

Signature du demandeur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Nom et adresse du prestataire \_\_\_\_\_

**AU DEMANDEUR**

Le règlement 325-1.23 de la Commission des accidents du travail autorise votre prestataire de soins de santé à vous demander de signer le présent avis A-9. En signant le présent avis, vous reconnaissez votre obligation de payer les honoraires du prestataire pour les services que vous recevez s'il s'avère que votre employeur ou son assureur n'est pas tenu de payer ces honoraires et si ces honoraires ne sont pas couverts par une autre assurance. L'employeur ou l'assureur peut ne pas être tenu de payer les honoraires du prestataire si, par exemple, vous ne déposez pas de demande d'indemnisation en cas d'accident du travail, si vous n'informez pas votre employeur de votre blessure ou de votre maladie, ou si vous ne vous présentez pas à une audience de la Commission si votre employeur conteste votre droit aux prestations. Même si vous faites tous les efforts nécessaires pour engager une procédure relative à votre demande, la Commission des accidents du travail peut décider que vous n'avez pas droit à des prestations. Dans ce cas, le présent avis informe votre prestataire de soins de santé que vous reconnaissez votre responsabilité personnelle pour le paiement de ses factures.

**Article 32 de la loi sur les accidents du travail**

L'avis A-9 couvre également les cas où un demandeur ayant un dossier valide d'indemnisation d'un accident du travail parvient à un accord avec son employeur ou son assureur pour régler son dossier conformément à l'article 32 de la loi sur les accidents du travail. Un accord au titre de l'article 32 peut inclure une disposition qui libère l'employeur ou l'assureur de la responsabilité de payer les futures factures médicales liées au dossier. Votre prestataire de soins de santé peut vous demander de signer cet avis A-9 pour s'assurer que vous reconnaissez votre responsabilité personnelle dans le paiement de ses factures si vous avez renoncé à votre droit à des prestations médicales futures en vertu d'un accord au titre de l'article 32.

Si vous avez des questions, prenez contact avec votre avocat ou votre représentant agréé, si vous en avez un. Vous pouvez également prendre contact avec votre bureau de district de la Commission des accidents du travail.

**AU PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ**

Le présent avis a pour but d'informer le demandeur d'indemnisation pour un accident du travail qu'il peut être responsable du paiement. Le fait que le demandeur ne signe pas ce formulaire ne dispense pas le prestataire de l'obligation de traiter le demandeur et n'annule pas la responsabilité du demandeur en matière de paiement.

Conservez l'original de ce formulaire pour vos archives et remettez-en une copie au demandeur. **Ne le déposez pas auprès de la Commission des accidents du travail.** Vous recevrez des avis de décisions qui indiquent si une demande est indemnisable, si un traitement a été autorisé et si les factures médicales ont été payées. Il vous sera également indiqué si le demandeur soumet un accord au titre de l'article 32 à l'approbation de la Commission. Ne facturez pas le demandeur tant que vous n'avez pas reçu une décision de la Commission concluant que 1) le demandeur n'a pas engagé de procédure pour la demande, 2) la demande est refusée, 3) aucune relation causale n'existe entre le traitement et l'accident de travail, ou 4) un accord en vertu de l'article 32 libérant l'assureur de la responsabilité du traitement médical est approuvé.