

DIRECTIVES :

À lire attentivement avant de remplir le formulaire. Pour qu'une demande de remboursement soit acceptée, il faut que la travailleuse ou le travailleur ait avisé la CSST de l'événement qui donne lieu à cette demande en remplissant le formulaire « Réclamation du travailleur. »

IMPORTANT

Remplir la ou les sections appropriées selon la catégorie de frais pour lesquels un remboursement est demandé.

Joindre les **originaux** des reçus et des ordonnances (c'est une condition essentielle pour obtenir un remboursement). Bien attacher ces documents au formulaire et s'assurer d'y inscrire le numéro du dossier CSST.

Si une personne qui accompagne la travailleuse ou le travailleur en raison de son état de santé demande un remboursement, elle doit prendre soin de bien remplir la section 2 et d'y inscrire les renseignements demandés sur la travailleuse ou le travailleur. La travailleuse ou le travailleur doit aussi joindre au formulaire l'ordonnance médicale autorisant l'accompagnement.

Si la CSST a consenti une avance pour un déplacement, le montant de cette avance doit être inscrit dans la case prévue à cette fin.

Pour un traitement rapide, faire parvenir le formulaire au bureau régional de la CSST chargé du dossier.

Toute demande relative à des frais de déplacement, de repas ou de séjour doit être faite dans les 6 mois de la date à laquelle ces frais ont été engagés.

FRAIS DE DÉPLACEMENT

Transport en commun

Les déplacements effectués au moyen des transports en commun (autobus, métro, train, traversier) sont remboursés selon leur coût réel. Joindre les reçus si le transporteur a l'habitude d'en fournir.

Automobile

Les frais d'utilisation d'une automobile sont remboursés aux taux de **0,13 \$ par kilomètre**.

N. B. Nous vous invitons à communiquer avec nous si vous avez d'autres besoins reliés à vos déplacements qui pourraient vous occasionner des coûts supplémentaires.

Taxi

Avec l'autorisation de la CSST et sur ordonnance médicale, les déplacements sont remboursés selon leur coût réel, sur présentation des reçus.

Stationnement et péages

Les frais de stationnement et les péages sont remboursables selon leur coût réel.

Déplacement à plus de 100 kilomètres

Si une travailleuse ou un travailleur choisit de se rendre à plus de 100 kilomètres de la résidence pour recevoir des soins ou subir des examens offerts dans un rayon de 100 kilomètres et moins, les frais lui seront remboursés jusqu'à un maximum de 200 kilomètres aller et retour. Si ces soins ou examens ne sont pas offerts dans un rayon de 100 kilomètres, il lui faut obtenir au préalable l'autorisation de la CSST pour avoir droit à un remboursement.

MÉDICAMENTS

Indiquer clairement le nom de chaque médicament et le nom du médecin qui l'a prescrit. Joindre l'original de chacun des reçus.

Demande de remboursement de frais

Frais de déplacement • Médicaments • Repas et séjour • Vêtements • Autres

FRAIS DE REPAS ET DE SÉJOUR

Repas

Les frais de repas ne sont généralement remboursés que si la destination est à plus de 16 kilomètres de la résidence.

Sur présentation des reçus originaux, les repas effectivement pris sont remboursés aux conditions suivantes :

- si le départ doit s'effectuer avant 7 h 30, le déjeuner est remboursé jusqu'à concurrence de 10,40 \$;
- si le départ doit s'effectuer avant 11 h 30 et le retour après 13 h 30, le dîner est remboursé jusqu'à concurrence de 14,30 \$;
- si le départ doit s'effectuer avant 17 h 30 et le retour après 18 h 30, le souper est remboursé jusqu'à concurrence de 21,55 \$.

Séjour

L'hébergement dans un hôtel ou chez un parent ou un ami doit être autorisé par la CSST. Les frais sont remboursés sur présentation de reçus selon les taux suivants :

- coucher dans un établissement hôtelier
- **Île de Montréal** (jusqu'à concurrence de 116 \$ par nuit)
- **Communauté urbaine de Québec** (jusqu'à concurrence de 106 \$ par nuit)
- **Hull, Laval, Longueuil** (jusqu'à concurrence de 96 \$* par nuit)
- **Ailleurs au Québec** (jusqu'à concurrence de 79 \$* par nuit)

- allocation accordée pour chaque jour de voyage comportant un coucher à l'hôtel (5,50 \$)
- coucher chez un parent ou un ami (21,10 \$ par nuit)

* Entre le 1^{er} juin et le 31 octobre de chaque année, les indemnités maximales de 96 \$ et 79 \$ sont portées respectivement à 100 \$ et 83 \$.

Vêtements

Décrire brièvement les dommages causés aux vêtements au moment de l'accident.

Préciser la nature des frais engagés (nettoyage, réparation, remplacement) et joindre les factures. S'il s'agit d'un remplacement, indiquer le prix d'achat du vêtement endommagé.

N. B. En vertu de la loi, le nettoyage, la réparation ou le remplacement de vêtements ne sont pas entièrement remboursés. Ces frais sont assujettis à une franchise, qui est révisée le 1^{er} janvier de chaque année.

AUTRES FRAIS

Inscrire dans cette section tous les autres frais engagés en raison de l'accident du travail et non mentionnés ailleurs dans le formulaire.

Pour un remboursement relatif à des services, bien indiquer :

- la période pendant laquelle le service a été fourni;
- le nom du fournisseur;
- le genre de service fourni;
- le nombre d'enfants (dans le cas de services de garde);
- le montant des frais engagés (montant demandé).

Joindre l'original de l'ordonnance médicale s'il y a lieu ainsi que tous les reçus. Au besoin, communiquer avec le bureau régional de la CSST pour de plus amples renseignements.

Demande de remboursement de frais

Travailleuse ou travailleur
 Personne qui l'accompagne
 Autres

① Identité de la personne qui fait la demande					② Références de la travailleuse ou du travailleur					
Nom - Prénom					Numéro de dossier CSST		Date de l'événement			
Adresse							Année	Mois	Jour	
			Code postal		Numéro de téléphone					
					Ind. rég.					
					Numéro d'assurance sociale					

③ Frais de déplacement (joindre l'original des reçus)

Date		Lieu de départ	Lieu d'arrivée	Raison du déplacement			Moyen de transport utilisé	Distance aller/retour (km)	Montant demandé	
Mois	Jour			Physio (✓)	Ergo (✓)	Autres (préciser)			Transport	Stationnement et péages

Joindre l'ordonnance médicale qui justifie le besoin d'accompagnement et indiquer

Nom et prénom de la personne qui l'accompagne		Avance reçue (s'il y a lieu) \$	
Adresse	Téléphone	Signature de la personne qui fait la demande	Année Mois Jour

④ Médicaments (joindre l'original des reçus)						
Date		Nom du médicament	Nom du médecin	Montant demandé		
Mois	Jour					

⑤ Repas et séjour (joindre l'original des reçus)							
Date		Heure de départ	Heure d'arrivée	Prix des repas et couchers (si justifié)			
Mois	Jour			Déjeuner	Dîner	Souper	Coucher

⑥ Vêtements (joindre l'original des reçus)							
Date		Description sommaire des dommages	Cochez (✓)			Prix d'achat du vêtement	Montant demandé
Mois	Jour		Nettoyage	Réparation	Remplacement		

Réservé à la CSST	
Montants des allocations (s'il y a lieu)	
Allocation quotidienne	
Allocation d'accompagnement	

⑦ Autres frais (joindre l'ordonnance médicale)							
Services fournis				Nom du fournisseur de services	Genre de service	Nombre d'enfants (s'il y a lieu)	Montant demandé
du		au					
Mois	Jour	Mois	Jour				

Ne pas oublier

- d'annexer l'original des reçus et des ordonnances;
- de signer et de dater le formulaire au recto.

⑧ Commentaires