

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 au taux de **0,145 \$ par kilomètre**.

Note. Nous vous invitons à communiquer avec nous si vous êtes incapable d'utiliser les transports en commun ou si vous avez des besoins particuliers qui peuvent occasionner des frais 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 vous choisissez de vous rendre à plus de 100 kilomètres de chez vous pour recevoir des soins qui sont disponibles à une distance moindre, **veuillez communiquer avec nous avant d'effectuer ces déplacements**. Nous pouvons les autoriser s'il s'agit de la solution appropriée la plus économique. Sinon, vous aurez droit à un remboursement équivalent à un déplacement de 200 kilomètres aller-retour.

MÉDICAMENTS

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

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 11h 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 126 \$* par nuit)

• Communauté urbaine de Québec

(jusqu'à concurrence de 106 \$ par nuit)

• Hull, Laval, Longueuil

(jusqu'à concurrence de 102 \$* par nuit)

• Ailleurs au Québec

(jusqu'à concurrence de 83 \$* par nuit)

- allocation accordée pour chaque jour de voyage comportant un coucher à l'hôtel (5,85 \$)

- coucher chez un parent ou un ami (22,25 \$ par nuit)

* Entre le 1^{er} juin et le 31 octobre de chaque année, les indemnités maximales de 126 \$, de 102 \$ et de 83 \$ sont portées respectivement à 138 \$, à 110 \$ et à 87 \$.

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.

Note. 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. Pour de plus amples renseignements, communiquer avec le bureau régional de la CSST.



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 TREMBLAY PIERRE				Numéro de dossier CSST 103 940 3381		Date de l'événement Année Mois Jour 2005 01 03	
Adresse 1151 RUE CÔTÉ				Numéro d'assurance sociale 9 9 9 9 9 9 9 9 9			
Code postal QUÉBEC		Incl. rég. Numéro de téléphone G 1 Y 3 N 2 4 1 8 7 7 7 7 7 7					

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
01	22	RÉSIDENTE	CLIN. PHYSIO	✓			AUTOBUS		3.50	
01	23	RÉSIDENTE	HÔP. LAVAL			VISITE CHEZ LE MÉDECIN	AUTO	32	4.16	1.25

Directions régionales de la Commission de la santé et de la sécurité du travail

Pour joindre la CSST, un seul numéro :
1 866 302-CSST (2778)

Abitibi-Témiscamingue
33, rue Gamble Ouest
Rouyn-Noranda
(Québec) J9X 2R3
Télé. 819 762-9325

2e étage
1185, rue Germain
Val-d'Or
(Québec) J9P 6B1
Télé. 819 874-2522

Bas-Saint-Laurent
180, rue des Gouverneurs
Case postale 2180
Rimouski
(Québec) G5L 7P3
Télé. 418 725-6237

Capitale-Nationale
425, rue du Pont
Case postale 4900
Succursale Terminus
Québec
(Québec) G1K 7S6
Télé. 418 266-4015

Chaudière-Appalaches
835, rue de la Concorde
Saint-Romuald
(Québec) G6W 7P7
Télé. 418 839-2498

Côte-Nord
Bureau 236
700, boulevard Laure
Sept-Îles
(Québec) G4R 1Y1
Télé. 418 964-3959

235, boulevard La Salle
Baie-Comeau
(Québec) G4Z 2Z4
Télé. 418 294-7325

Estrie
Place-Jacques-Cartier
Bureau 204
1650, rue King Ouest
Sherbrooke
(Québec) J1J 2C3
Télé. 819 821-6116

Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
163, boulevard de Gaspé
Gaspé
(Québec) G4X 2V1
Télé. 418 368-7855

200, boulevard Perron Ouest
New Richmond
(Québec) G0C 2B0
Télé. 418 392-5406

Île-de-Montréal
1, complexe Desjardins
Tour Sud, 31e étage
Case postale 3
Succursale Place-Desjardins
Montréal
(Québec) H5B 1H1
Télé. 514 906-3200

Lanaudière
432, rue De Lanaudière
Case postale 550
Joliette
(Québec) J6E 7N2
Télé. 450 756-6832

Laurentides
6e étage
85, rue De Martigny Ouest
Saint-Jérôme
(Québec) J7Y 3R8
Télé. 450 432-1765

Laval
1700, boulevard Laval
Laval
(Québec) H7S 2G6
Télé. 450 668-1174

Longueuil
25, boulevard La Fayette
Longueuil
(Québec) J4K 5B7
Télé. 450 442-6373

Mauricie et Centre-du-Québec
Bureau 200
1055, boulevard des Forges
Trois-Rivières
(Québec) G8Z 4J9
Télé. 819 372-3286

Outaouais
15, rue Gamelin
Case postale 1454
Gatineau
(Québec) J8X 3Y3
Télé. 819 778-8699

Saguenay-Lac-Saint-Jean
Place-du-Fjord
901, boulevard Talbot
Case postale 5400
Chicoutimi
(Québec) G7H 6P8
Télé. 418 545-3543

Complexe du Parc
6e étage
1209, boulevard du Sacré-Cœur
Case postale 47
Saint-Félicien
(Québec) G8K 2P8
Télé. 418 679-5931

Saint-Jean-sur-Richelieu
145, boulevard Saint-Joseph
Case postale 100
Saint-Jean-sur-Richelieu
(Québec) J3B 6Z1
Télé. 450 359-1307

Valleyfield
9, rue Nicholson
Salaberry-de-Valleyfield
(Québec) J6T 4M4
Télé. 450 377-8228

Yamaska
2710, rue Bachand
Saint-Hyacinthe
(Québec) J2S 8B6
Télé. 450 773-8126

Bureau RC-4
77, rue Principale
Granby
(Québec) J2G 9B3
Télé. 450 776-7256

Bureau 102
26, place Charles-De Montmagny
Sorel-Tracy
(Québec) J3P 7E3
Télé. 450 746-1036

Pour obtenir des renseignements :

Composer le numéro de téléphone unique.
Toujours mentionner votre nom, votre numéro de téléphone, votre numéro d'assurance maladie, la date de l'événement et votre numéro de dossier.

Vous pouvez imprimer ce formulaire à partir du site Internet :
www.csst.qc.ca en cliquant sur *Formulaires*.



DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS

Travailleuse ou travailleur Personne qui l'accompagne Autres

① Identité de la personne qui fait la demande		
Nom - Prénom		
Adresse		
	Code postal	N° de téléphone Ind. rég.

② Références de la travailleuse ou du travailleur		
N° de dossier CSST	Date de l'événement Année Mois Jour	
N° 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	
Adresse	Téléphone

Avance reçue (s'il y a lieu)	\$
-------------------------------------	----

Signature de la personne qui fait la demande	Année Mois Jour
---	-----------------------

Détacher et retourner à la CSST

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