

DIRECTIVES :

À lire attentivement avant de remplir le formulaire. Pour qu'une demande de remboursement soit acceptée, il faut que le travailleur ait avisé la CNESST 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 n° du dossier du travailleur.

Si une personne qui accompagne 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 le travailleur. Le travailleur doit aussi joindre au formulaire l'ordonnance médicale autorisant l'accompagnement.

Si la CNESST 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 CNESST 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. Pour les frais de médicaments, ce délai est de trois ans.

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.

Véhicule personnel

Les frais d'utilisation d'un véhicule personnel sont remboursés au taux de **0,145 \$ par kilomètre**.

Avec une attestation médicale indiquant l'incapacité pour le travailleur d'utiliser le transport en commun et avec l'autorisation de la CNESST, les frais d'utilisation d'un véhicule personnel sont remboursés au taux de **0,43 \$ par kilomètre**.

Taxi

Avec une attestation médicale indiquant l'incapacité pour le travailleur d'utiliser le transport en commun et avec l'autorisation de la CNESST,

les frais d'utilisation d'un taxi sont remboursés au coût réel, sur présentation de 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 les pièces justificatives.

FRAIS DE REPAS ET DE SÉJOUR**Repas**

Les frais de repas ne sont 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 \$;

Les montants payables pour les repas incluent les pourboires et les taxes.

Séjour

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

- coucher dans un établissement hôtelier
 - **Ville de Montréal**
(jusqu'à concurrence de 126 \$* par nuit)

• Ville de Québec

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

• Villes de Gatineau, Lac-Beauport, Lac-Delage, Laval et 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)
- Les montants maximaux pour l'hébergement dans un hôtel n'incluent pas la taxe sur les produits et services (TPS), la taxe de vente du Québec (TVQ) et la taxe d'hébergement qui, lorsqu'elles sont appliquées, doivent être remboursées en sus.

* 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, veuillez communiquer avec la CNESST.

| 1 - Renseignements sur la personne qui fait la demande | | | | 2 - Renseignements sur le travailleur | | | | | | |
|--|------|----------------------------|--------------------------------|--|----------|--|----------------------------|----------------------------|-----------------|-------------------------|
| Nom de famille (selon l'acte de naissance) - Prénom <i>Tremblay, Pierre</i> | | | Téléphone 9 9 9 9 9 9 9 9 9 | N° de dossier du travailleur 1 0 3 9 4 0 3 3 8 | | Date de l'événement d'origine 2 0 1 1 0 4 2 2 | | | | |
| Adresse du domicile, N° Rue, App. <i>1151, rue Hill, app.23</i> | | | | Date de la récidive, rechute ou aggravation 2 0 1 2 0 1 0 8 | | | | | | |
| Ville, Province, Pays <i>Québec (Québec) Canada</i> | | Code postal G 1 Y 2 N K | | | | | | | | |
| 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 (v) | Ergo (v) | Autres (préciser) | | | Transport | Stationnement et péages |
| 01 | 22 | <i>Résidence</i> | <i>Clin. physio</i> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | <i>autobus</i> | | 5,20 | |
| 01 | 23 | <i>Résidence</i> | <i>Hôpital</i> | | | <i>Visite chez le médecin</i> | <i>auto</i> | 32 | 4,64 | 2,50 |

Directions régionales de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
**Pour joindre la CNESST, un seul numéro :
1 844 838-0808**
Abitibi-Témiscamingue
 33, rue Gamble Ouest
Rouyn-Noranda
 (Québec) J9X 2R3
 Téléc. : 819 762-9325

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

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

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

Chaudière-Appalaches
 835, rue de la Concorde
Lévis
 (Québec) G6W 7P7
 Téléc. : 418 839-2498

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

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

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

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

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

Île-de-Montréal
 1, complexe Desjardins
 Tour Sud, 31^e étage
 Case postale 3
 Succursale Place-Desjardins
Montréal
 (Québec) H5B 1H1
 Téléc. : 514 906-3200
Services spécialisés
 Téléc. : 514 906-3232
Indemnisation et réadaptation
 Téléc. : 514 906-3434

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

Laurentides
 3^e étage
 275, rue Latour
Saint-Jérôme
 (Québec) J7Z 0J7
 Téléc. : 450 432-1765

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

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

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

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

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

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

Saint-Jean-sur-Richelieu
 3^e étage
 145, boulevard Saint-Joseph
Saint-Jean-sur-Richelieu
 (Québec) J3B 1W5
 Téléc. : 450 359-1307

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

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

Travailleur
 Personne qui l'accompagne
 Autres

| 1 - Renseignements sur la personne qui fait la demande | 2 - Renseignements sur le travailleur |
|--|---|
| Nom de famille (selon l'acte de naissance) - Prénom | Téléphone |
| Adresse du domicile, N° Rue, App. | N° de dossier du travailleur |
| Ville, Province, Pays | Date de l'événement d'origine |
| Code postal | Date de la récidive, rechute ou aggravation |

| 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 (v) | Ergo (v) | Autres (préciser) | | | Transport | Stationnement et péages |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

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

| | | |
|---|-----------------------|--|
| Nom de famille (selon l'acte de naissance) - Prénom de la personne qui l'accompagne | Téléphone | Avance reçue (s'il y a lieu) \$ |
| Adresse du domicile, N° Rue, App. | Ville, Province, Pays | Signature de la personne qui fait la demande |

Détacher et retourner à la CNESST

| 4 - Médicaments (joindre les pièces justificatives) | | | | |
|---|------|-------------------|----------------|-----------------|
| 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 CNESST | |
|---|--|
| 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 |
|------------------|
| |