

**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 ordonnances et les pièces justificatives pour les médicaments, les vêtements et les autres frais (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. Pour les frais de déplacement et de séjour, vous n'avez pas à joindre les pièces justificatives. Vous devez cependant conserver tous vos reçus originaux pour une période de trois ans, car la CNESST peut les exiger pour vérification.

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. L'autorisation de la CNESST est nécessaire pour que les frais soient remboursés. Une attestation médicale peut être exigée.

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, de vêtements et les autres frais, 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.

**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 **0,455 \$ 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.

**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.

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 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<sup>er</sup> 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 pièces justificatives.

**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<sup>er</sup> 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'ordonnance médicale s'il y a lieu ainsi que les pièces justificatives. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec la CNESST.

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 <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						
Adresse du domicile, N° Rue, App. <i>1151, rue Hill, app.23</i>				Date de l'événement d'origine 2 0 1 1 0 4 2 2						
Ville, Province, Pays <i>Québec (Québec) Canada</i>			Code postal G 1 Y 2 N K	Date de la récidive, rechute ou aggravation 2 0 1 2 0 1 0 8						
3 - Frais de déplacement										
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<sup>e</sup> 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. : 819 821-7022

**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<sup>e</sup> étage  
Case postale 3  
Succursale Place-Desjardins  
**Montréal**  
(Québec) H5B 1H1  
**Indemnisation et réadaptation**  
Téléc. : 1 855 722-8081

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

**Laurentides**  
3<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> étage  
1209, boulevard du Sacré-Cœur  
Case postale 47  
**Saint-Félicien**  
(Québec) G8K 2P8  
Téléc. : 418 679-5931

**Saint-Jean-sur-Richelieu**  
3<sup>e</sup> 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	<input type="text"/>
Ville, Province, Pays		Date de l'événement d'origine	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Code postal		Date de la récurrence, rechute ou aggravation	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

3 - Frais de déplacement										
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

Si vous avez reçu l'autorisation de la CNESST pour être accompagné, indiquer :

Nom de famille - Prénom de la personne qui l'accompagne	Téléphone	Avance reçue (s'il y a lieu)	\$
---	-----------	------------------------------	----

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont véridiques.

Adresse du domicile, N° Rue, App.	Ville, Province, Pays	Signature de la personne qui fait la demande	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
-----------------------------------	-----------------------	--	---

**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							
Date		Heure de départ	Heure d'arrivée	Prix des repas et couchers (si justifié)			
Mois	Jour			Déjeuner	Dîner	Souper	Coucher

6 - Vêtements (joindre les pièces justificatives)						
Date		Description sommaire des dommages	Cochez (✓)			Montant demandé
Mois	Jour		Nettoyage	Réparation	Remplacement	

Réservé à la CNESST	
<b>Montants des allocations (s'il y a lieu)</b>	
Allocation quotidienne	
Allocation d'accompagnement	

7 - Autres frais (joindre l'ordonnance médicale s'il y a lieu)							
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 les pièces justificatives et les ordonnances s'il y a lieu ;
- de signer et de dater le formulaire au recto.

8 - Commentaires