

## Renseignements généraux et instructions :

Les frais de déplacement pour les rendez-vous médicaux reliés à votre lésion ou maladie professionnelle doivent être **approuvés au préalable** pour éviter les retards dans le remboursement. Vous devez remplir le présent formulaire en fonction des frais de déplacement approuvés dans le cadre de votre dossier. Veuillez appeler la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) au 416-344-1000 ou au 1-800-387-0750 pour savoir quels frais sont remboursés. Vous devez aussi nous aviser si vos besoins de déplacement changent pour votre lésion ou maladie (p. ex., lorsqu'on vous oriente vers une nouvelle personne médecin ou que vous suivez un nouveau programme de traitement).

**REMARQUE : Si vous attendez qu'une décision soit rendue dans le cadre de votre dossier, vous pouvez utiliser le formulaire pour noter vos frais de déplacement. Veuillez soumettre le formulaire seulement après que votre demande de prestations pour lésion ou maladie reliée au travail a été acceptée.**

- En général, nous remboursons seulement le tarif des services de transports en commun engagé pour vous rendre à un rendez-vous médical lorsque ces services sont disponibles dans votre localité et que votre lésion ou maladie ne vous empêche pas de les utiliser.
- Nous payons le kilométrage et les frais de stationnement seulement lorsqu'il n'y a pas de service de transports en commun ou que la preuve médicale au dossier démontre que vous ne pouvez pas utiliser les transports en commun en raison de votre lésion ou maladie. Si nous avons approuvé le kilométrage et que vous avez engagé des frais de stationnement, utilisez le même formulaire et **postez le ou les reçus de stationnement originaux**.
- Nous approuvons les déplacements par taxi seulement lorsque la preuve médicale démontre que votre lésion ou maladie vous empêche d'utiliser les transports en commun ou de conduire votre véhicule, si vous en avez un.
  - Si vous nous informez à l'avance de votre rendez-vous, nous prendrons des dispositions pour que la compagnie de taxi nous facture directement ses services, dans la mesure du possible.
  - Lorsque vous payez le tarif de taxi, vous devez **poster le ou les reçus de taxi originaux** avec le formulaire de remboursement.
- En général, nous envisageons le remboursement des repas seulement lorsque le rendez-vous nécessite un déplacement à l'extérieur de la ville. Nous ne remboursons pas les repas, sauf si nous vous avons informé(e) d'en demander le remboursement. Différents montants maximums sont versés pour chacun des trois repas de la journée.
- Si vous avez besoin d'un(e) accompagnateur(trice) lors de votre déplacement pour des raisons médicales ou légales, les frais d'accompagnateur(trice) peuvent être remboursés, mais **doivent être approuvés au préalable**. Conformément à la politique *Tableau des taux* de la WSIB, il y a des frais fixes pour un(e) accompagnateur(trice). Si vous êtes admissible à un(e) accompagnateur(trice) et aux repas, nous paierons aussi les repas de l'accompagnateur(trice).

## L'importance de confirmer votre présence :

- Nous rembourserons les frais de déplacement une fois que nous avons confirmé votre présence à ce rendez-vous médical pour votre lésion ou maladie professionnelle à la date en question. Pour ce faire, nous vérifions si nous avons payé le traitement (physiothérapie, etc.) ou que nous avons reçu un rapport de la personne médecin que vous avez consultée.
- Comme nous ne recevons pas toujours une facture ou un rapport, vous devriez apporter un formulaire de frais de déplacement à tous vos rendez-vous et demander au cabinet de la personne médecin traitante ou à un(e) représentant(e) de l'établissement de soins d'apposer son timbre ou d'inscrire son nom et de signer à côté de la date de votre rendez-vous.

**Il est important de fournir tous les détails pour obtenir rapidement un remboursement, puisque les formulaires incomplets ne peuvent pas être traités. Avant de soumettre votre formulaire, veuillez faire les vérifications suivantes :**

- Votre nom et votre numéro de dossier figurent-ils sur chaque formulaire et reçu?
- Avez-vous fourni tous les renseignements demandés?
- Avez-vous fait tous les calculs des montants que vous réclamez?
- Avez-vous joint tous les reçus originaux de stationnement ou de taxi, s'il y a lieu?
- Le formulaire est-il **signé et daté**?

## Taux de kilométrage précédents :

Avant le 1 <sup>er</sup> janvier 2001 (0,22 \$/km)	Entre le 1 <sup>er</sup> janvier 2009 et le 31 décembre 2013 (0,38 \$/km)
Entre le 1 <sup>er</sup> janvier 2001 et le 31 décembre 2005 (0,34 \$/km)	Entre le 1 <sup>er</sup> janvier 2014 et le 31 décembre 2021 (0,40 \$/km)
Entre le 1 <sup>er</sup> janvier 2006 et le 31 décembre 2008 (0,37 \$/km)	Entre le 1 <sup>er</sup> janvier 2022 et le 31 décembre 2022 (0,42 \$/km)

## Conservez vos documents :

Nous vous recommandons de garder une copie du formulaire dûment rempli et de tous les reçus dans vos dossiers afin de pouvoir documenter le traitement de vos demandes de remboursement et le paiement de celles-ci. Vous éviterez ainsi de présenter deux fois la même demande de remboursement pour des frais déjà réclamés ou payés et d'occasionner des retards.

Visitez [wsib.ca/fr](https://wsib.ca/fr) pour obtenir d'autres renseignements sur les frais de déplacement.

Si vous avez besoin de la présente communication dans un autre format, veuillez écrire à [accessibilite@wsib.on.ca](mailto:accessibilite@wsib.on.ca).

Soumettez le présent formulaire et les documents à l'appui à [wsib.ca/fr/soumettre](http://wsib.ca/fr/soumettre).

Avant de remplir le présent formulaire, veuillez lire les instructions sur la première page.

A. Renseignements personnels			
Nom de famille		Prénom	
Adresse actuelle		Ville	Province
Code postal		Téléphone (travail)	
Est-ce une nouvelle adresse? Oui      Non		Téléphone (domicile)	

## B. Section sur les frais de déplacement

Veuillez fournir tous les renseignements requis et faire **tous** les calculs.

Adresse de la destination	Timbre de l'organisme de traitement ou nom et signature	Tarif de taxi ou des transports en commun (\$)	Aller-retour Distance en km (kilomètres)	Montant du stationnement	Accompagnateur (trice)? Oui / Non	Montant total des repas pour la personne requérante et l'accompagnateur(trice) Déj. - Déjeuner D - Dîner   S - Souper
Date (jj/mmm/aaaa) _____ Heure : _____ Matin    Après-midi De : _____ À : _____ Raison : _____		Transports en commun    Taxi _____ Reçu de taxi inclus? Oui      Non Si <b>non</b> , pourquoi?		_____ Reçu inclus? Oui      Non Si <b>non</b> , pourquoi?	Oui Non	Déj. - _____ D - _____ S - _____
Date (jj/mmm/aaaa) _____ Heure : _____ Matin    Après-midi De : _____ À : _____ Raison : _____		Transports en commun    Taxi _____ Reçu de taxi inclus? Oui      Non Si <b>non</b> , pourquoi?		_____ Reçu inclus? Oui      Non Si <b>non</b> , pourquoi?	Oui Non	Déj. - _____ D - _____ S - _____
Date (jj/mmm/aaaa) _____ Heure : _____ Matin    Après-midi De : _____ À : _____ Raison : _____		Transports en commun    Taxi _____ Reçu de taxi inclus? Oui      Non Si <b>non</b> , pourquoi?		_____ Reçu inclus? Oui      Non Si <b>non</b> , pourquoi?	Oui Non	Déj. - _____ D - _____ S - _____
Date (jj/mmm/aaaa) _____ Heure : _____ Matin    Après-midi De : _____ À : _____ Raison : _____		Transports en commun    Taxi _____ Reçu de taxi inclus? Oui      Non Si <b>non</b> , pourquoi?		_____ Reçu inclus? Oui      Non Si <b>non</b> , pourquoi?	Oui Non	Déj. - _____ D - _____ S - _____
Date (jj/mmm/aaaa) _____ Heure : _____ Matin    Après-midi De : _____ À : _____ Raison : _____		Transports en commun    Taxi _____ Reçu de taxi inclus? Oui      Non Si <b>non</b> , pourquoi?		_____ Reçu inclus? Oui      Non Si <b>non</b> , pourquoi?	Oui Non	Déj. - _____ D - _____ S - _____
<b>Taux de kilométrage courant :</b> À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2023 (0,48 \$/km)		<b>TOTAUX :</b>	<b>A.</b>	<b>B. (tarif x km)</b>	<b>C.</b>	<b>D.</b>
<b>Total des frais (A+B+C+D)</b>						

Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez remplir un autre formulaire.

## C. Déclaration

En signant ci-dessous, je comprends que toute personne qui fait délibérément une déclaration fautive à la WSIB commet une infraction et je déclare que tous les renseignements fournis ci-dessus sont véridiques.

Nom	Signature	Date (jj/mmm/aaaa)
-----	-----------	--------------------

Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.