

Le présent formulaire vise à soumettre des frais de soins de santé ou de transition professionnelle.

Renseignements généraux et instructions :

Les frais de déplacement pour les rendez-vous médicaux ou les rendez-vous de transition professionnelle reliés à votre lésion ou maladie professionnelle doivent faire l'objet d'une **autorisation 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 de tout changement de vos besoins de déplacement pour votre lésion ou maladie (p. ex., lorsque vous faites l'objet d'une orientation vers une nouvelle personne médecin ou que vous suivez un nouveau programme de traitement).

REMARQUE : Si vous êtes dans l'attente d'une décision dans le cadre de votre dossier, vous pouvez utiliser le présent formulaire pour consigner vos frais de déplacement. Veuillez soumettre le formulaire seulement après que nous reconnaissons que votre lésion ou maladie est reliée au travail.

- En général, nous ne prenons en charge que les frais de transport en commun pour aller à un rendez-vous médical, lorsqu'un tel moyen de transport existe dans votre région et que votre lésion ou maladie ne vous empêche pas de l'utiliser.
- Nous payons les frais kilométriques et les frais de stationnement seulement lorsqu'il n'existe aucun transport en commun ou que les preuves médicales au dossier confirment 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 **soumettez le ou les reçus de stationnement originaux**.
- Nous approuvons les déplacements par taxi seulement lorsque les preuves médicales confirment 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 les frais de taxi, vous devez **soumettre 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 vous rembourserons pas les repas, sauf si nous vous avons dit d'en demander le remboursement. Différents montants maximums sont versés pour chacun des trois repas de la journée.
- Si, pour des raisons médicales ou légales, vous avez besoin d'une personne accompagnatrice lors de votre déplacement, nous pouvons vous rembourser les frais d'accompagnement **sous réserve de leur autorisation préalable**. La politique *Tableau des taux* de la WSIB prévoit des taux fixes pour une personne accompagnatrice. Si vous êtes admissible à une personne accompagnatrice et aux repas, nous paierons aussi les repas de cette dernière.

L'importance de confirmer votre présence :

- Nous vous rembourserons les frais de déplacement après avoir confirmé votre présence au 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 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 une personne représentant 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 calculé tous les montants demandés?

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 kilométriques :

Avant le 1^{er} janvier 2001, 0,22 \$/km.

Du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2005, 0,34 \$/km.

Du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2008, 0,37 \$/km.

Du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2013, 0,38 \$/km.

Du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2021, 0,40 \$/km.

Du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022, 0,42 \$/km.

Du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2023, 0,48 \$/km.

Du 1^{er} janvier 2024 au 31 décembre 2024, 0,51 \$/km.

Au 1^{er} janvier 2025, 0,58 \$/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 de faire le suivi de vos demandes de remboursement et de vos paiements. Vous éviterez ainsi de présenter deux fois la même demande de remboursement pour des frais déjà réclamés ou payés et d'occasionner des retards.

Pour plus de renseignements sur les frais de déplacement, visitez wsib.ca/fr.

Envoyez un courriel à accessibilite@wsib.on.ca si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.

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

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

B. Section sur les frais de déplacement

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

Adresse de la destination	Type de déplacement	Timbre de l'organisme de traitement ou nom et signature	Montant des frais de taxi ou de transport en commun	Frais de conduite	Personne accompagnatrice? Oui / Non	Montant total des repas de la personne requérante et de la personne accompagnatrice Déj. - Déjeuner D - Dîner S - Souper
Date (jj/mmm/aaaa) _____ Heure : _____ Matin Après-midi/soir De : _____ À : _____ Raison : _____	Rendez-vous médical		Transports en commun Taxi _____ \$ Reçu de taxi ci-joint? Oui Non	Distance aller-retour _____ km Frais de stationnement : _____ \$ Reçu ci-joint? Oui Non	Oui / Non	Déj. _____ \$ D _____ \$ S _____ \$
Date (jj/mmm/aaaa) _____ Heure : _____ Matin Après-midi/soir De : _____ À : _____ Raison : _____	Rendez-vous médical		Transports en commun Taxi _____ \$ Reçu de taxi ci-joint? Oui Non	Distance aller-retour _____ km Frais de stationnement : _____ \$ Reçu ci-joint? Oui Non	Oui / Non	Déj. _____ \$ D _____ \$ S _____ \$
Date (jj/mmm/aaaa) _____ Heure : _____ Matin Après-midi/soir De : _____ À : _____ Raison : _____	Rendez-vous médical		Transports en commun Taxi _____ \$ Reçu de taxi ci-joint? Oui Non	Distance aller-retour _____ km Frais de stationnement : _____ \$ Reçu ci-joint? Oui Non	Oui / Non	Déj. _____ \$ D _____ \$ S _____ \$
Date (jj/mmm/aaaa) _____ Heure : _____ Matin Après-midi/soir De : _____ À : _____ Raison : _____	Rendez-vous médical		Transports en commun Taxi _____ \$ Reçu de taxi ci-joint? Oui Non	Distance aller-retour _____ km Frais de stationnement : _____ \$ Reçu ci-joint? Oui Non	Oui / Non	Déj. _____ \$ D _____ \$ S _____ \$
Date (jj/mmm/aaaa) _____ Heure : _____ Matin Après-midi/soir De : _____ À : _____ Raison : _____	Rendez-vous médical		Transports en commun Taxi _____ \$ Reçu de taxi ci-joint? Oui Non	Distance aller-retour _____ km Frais de stationnement : _____ \$ Reçu ci-joint? Oui Non	Oui / Non	Déj. _____ \$ D _____ \$ S _____ \$

Taux kilométrique en vigueur :		A.	B. (taux x km)	C.	D.
Au 1 ^{er} janvier 2025, 0,58 \$/km.	TOTAUX:	\$	\$	\$	\$
Total des frais (A+B+C+D)					\$

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.