

PRIÈRE DE D'ABORD LIRE CETTE SECTION

Vos frais de déplacement et de stationnement pour traitements et rendez-vous médicaux

La WCB peut couvrir les frais de déplacement en direction et en partance du lieu de traitement médical pour un accident du travail ou les frais de déplacement liés à la participation à des activités de réadaptation professionnelle.

Utilisation d'un véhicule privé (voir l'étape 1) :

- ✓ Vous pouvez réclamer tout kilométrage parcouru pour vous rendre à l'établissement médical le plus proche (en excédent de vos déplacements ordinaires pour le travail). La WCB couvrira le parcours le plus efficace. (C.-à-d. que si votre déplacement ordinaire pour le travail est de 5 km et que vous devez parcourir 7 km pour une consultation médicale, ceci ajoute 2 km à votre déplacement ordinaire. Vos frais de déplacement équivaldront à ces 2 km.)
- ✓ Vous pouvez réclamer les frais de stationnement lors de vos rendez-vous médicaux. Vous devez soumettre le reçu original si vous garez votre véhicule dans un stationnement ou un garage à étages.
- ✓ Si vous garez votre véhicule à une place avec parcomètre, inscrivez **Parcomètre** sur le reçu, ainsi que le montant payé.
- ✓ Si vous déménagez et que ceci entraîne un plus long déplacement pour vos traitements et rendez-vous médicaux, le remboursement du kilométrage continuera d'être calculé en fonction de votre adresse originale.

Autobus, taxis ou autres moyens de transport (voir l'étape 2) :

- ✓ Vous pouvez réclamer tout titre de transport en commun en surplus des frais normalement engendrés par votre déplacement à destination et en partance du travail.
- ✓ **Si** vous avez obtenu une approbation préalable de votre agent d'indemnisation ou gestionnaire de cas, vous pouvez réclamer les tarifs de taxi à la présentation du reçu original.
- ✓ Si vous avez besoin d'un autre type de transport, adressez-vous à votre agent d'indemnisation ou gestionnaire de cas.

But du déplacement – Ce qu'il faut inscrire sur le formulaire :

- ✓ **Traitements médicaux (TM)** : Les rendez-vous avec votre médecin, physiothérapeute, thérapeute du sport, chiropraticien, etc. Si un déplacement est requis pour une raison autre qu'un rendez-vous médical, veuillez le préciser (réadaptation professionnelle, etc.).
- ✓ **Accompagnateur** : Indiquez si vous avez besoin d'être accompagné(e) par quelqu'un à un traitement ou à un rendez-vous médical en raison des effets de votre lésion indemnisable. Ceci est déterminé au cas par cas et devrait être discuté à l'avance avec votre agent d'indemnisation ou gestionnaire de cas.
- ✓ **Kilométrage** :
 - Adresse du travail
 - Adresse du domicile
 - Nombre total de kilomètres parcourus pour votre rendez-vous (vous devrez vérifier votre lieu de départ et votre lieu de retour)

Autres frais couverts (communiquez avec votre agent d'indemnisation ou gestionnaire de cas pour l'approbation et les taux actuels) :

- ✓ Repas : notre politique sur le taux d'indemnité de repas s'applique au remboursement. Pour connaître la protection potentielle, communiquez avec votre agent d'indemnisation ou gestionnaire de cas.
- ✓ Frais d'hébergement : il faut effectuer une réservation à un hôtel aux tarifs raisonnables. La WCB approuvera les hôtels que la Province du Manitoba a approuvés pour ses employés. Il existe une limite au tarif de chambre couvert par la WCB – Prière de confirmer le montant d'avance. Il faut soumettre le reçu pour obtenir le remboursement.
- ✓ Logement (p. ex., chez un ami ou un membre de la famille) – Ne doit pas dépasser 50 % du tarif d'un hôtel approprié; aucun reçu requis.

Autres frais non énumérés :

- ✓ Doivent être approuvés au préalable par votre agent d'indemnisation ou gestionnaire de cas. Veuillez en discuter avec celui-ci directement.
- ✓ Nous ne couvrons pas les frais d'envoi par télécopieur de formulaires médicaux, de formulaires sur les capacités fonctionnelles ou de certificats médicaux.
- ✓ Nous ne remboursions pas non plus le kilométrage pour le ramassage d'ordonnances.
- ✓ En cas de doute, communiquez avec votre agent d'indemnisation ou gestionnaire de cas pour déterminer si vous êtes admissible.



Veuillez indiquer votre nom et votre numéro de réclamation.



Nº de réclamation :
Nom :
Agent d'indemnisation/gestionnaire de cas :

Vos frais de déplacement et de stationnement (traitements et rendez-vous médicaux)

Étape 1 : Énumérez vos déplacements par véhicule privé (en ordre chronologique).

À usage interne seulement	Date du déplacement	Aller-retour (distance en kilomètres)	Frais de stationnement	Décrivez votre aller-retour en précisant les adresses	But du déplacement
EXEMPLE	1 ^{er} juin 2014	20 km	2,00 \$	Domicile (111, Ma Rue) vers cabinet du Dr Smith (60, rue Principale), puis retour au domicile	TM
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Adresse du domicile : _____ Adresse du travail : _____

Nombre total de kilomètres entre l'adresse du domicile et l'adresse du travail : _____

Étape 2 : Énumérez vos déplacements par autobus, taxi, etc. (en ordre chronologique). Pour le remboursement de repas, il faut indiquer l'heure et la durée du rendez-vous.

À usage interne seulement	Date du déplacement	Autobus, taxi	Coût	Décrivez votre déplacement en précisant les adresses	Heure et durée du rendez-vous	But du déplacement
EXEMPLE	1 ^{er} juin 2014	Taxi	25,00 \$	Domicile (111, Ma Rue) vers cabinet du Dr Smith (60, rue Principale), puis retour au domicile	9 h (1 h)	TM
1						
2						
3						
4						

Étape 3 : Apposez votre signature et la date ci-dessous. Aucun remboursement possible sans votre signature et la date.

Tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont véridiques et liés à ma blessure survenue en milieu de travail.

Signature :	Date :
Adresse postale :	



PRIÈRE DE D'ABORD LIRE CETTE SECTION

Vos frais médicaux et personnels

Vous pouvez réclamer le remboursement de frais médicaux qui découlent directement d'une blessure en milieu de travail, notamment :

- ✓ Médicaments sous ordonnance et en vente libre
- ✓ Bandages, pansements ou autres fournitures médicales
- ✓ Lunettes prescrites endommagées lors de l'accident
- ✓ Traitements dentaires

Conseils pour remplir le formulaire et soumettre votre réclamation :

- ✓ Pour réclamer des médicaments sous ordonnance, joignez les reçus originaux.
- ✓ Pour réclamer tous autres frais, joignez les reçus originaux.
- ✓ Pour réclamer des lunettes prescrites endommagées lors de la blessure au travail, vous devez remplir le formulaire de réclamation pour lunettes. Veuillez communiquer avec votre agent d'indemnisation ou gestionnaire de cas pour en discuter. Une approbation préalable est requise.
- ✓ Pour réclamer des traitements dentaires en raison d'une blessure au travail, vous devez remplir le formulaire de réclamation pour soins dentaires. Veuillez communiquer avec votre agent d'indemnisation ou gestionnaire de cas pour en discuter. Une approbation préalable est requise.



Veuillez indiquer votre nom et votre numéro de réclamation.



Nº de réclamation :
Nom :
Agent d'indemnisation/gestionnaire de cas :

Vos frais médicaux et personnels

Liste de vérification

- ✓ Pour les ordonnances, joignez votre reçu original ou votre reçu original du Régime d'assurance-médicaments.
- ✓ Pour tous les autres frais, joignez les reçus originaux.
- ✓ Ne réclamez que les frais se rapportant à votre blessure.

Étape 1 : Énumérez vos médicaments sous ordonnance et en vente libre.

À usage interne seulement	Date de l'achat	Médicament	Pourquoi vous prenez ce médicament	Nom du médecin	Frais soumis
EXEMPLE	1 ^{er} juin 2014	Naproxène	Soulagement des douleurs lombaires	Dr Smith	13,65 \$
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
				Sous-total – Médicaments	\$

Étape 2 : Énumérez les autres frais personnels (bandages, pansements, appareils orthopédiques, etc.).

À usage interne seulement	Article	Date de l'achat	Nom du vendeur	Frais soumis
EXEMPLE	Bandages	1 ^{er} juin 2014	Wal-Mart	15,00 \$
1				
2				
3				
4				
5				
			Sous-total – Frais personnels	\$

Étape 3 : Apposez votre signature et la date ci-dessous. Aucun remboursement possible sans votre signature et la date.

Tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont véridiques et liés à ma blessure survenue en milieu de travail.

Signature :	Date :
Adresse postale :	