

Envoyez les formulaires remplis à :  
Department of Labor and Industries  
PO Box 44269  
Olympia WA 98504-4269



## Demande de remboursement de déplacement

- Vous devez avoir reçu l'autorisation préalable du responsable de votre demande. Voir [WAC 296-20-1103](#).
- Veuillez lire les instructions au dos avant de commencer.
- Vous voyagez pour un examen médical indépendant ? Vous trouverez le formulaire de déplacement pour examen médical indépendant ([F245-224-000](#)) en ligne sur [www.Lni.wa.gov](http://www.Lni.wa.gov) en cliquant sur « Get a Form or Publication » (Obtenir un formulaire ou une publication).

### Données de l'employé(e) (en majuscules)

N° de demande

Nom (nom, prénom, initiale du deuxième prénom)			Date de la blessure
Adresse (pas de boîte postale)			
Ville	État	Code postal	Téléphone

### Motif du déplacement (veuillez ne cocher qu'un seul type de déplacement par formulaire)

- Visite médicale ou traitement     Services professionnels     Participation à un cours de rééducation (joignez une copie du formulaire de Charge de transport [[F245-375-000](#)] signé par votre conseiller professionnel)

### Informations sur le déplacement – instructions et exemple au dos

Avez-vous joint les reçus pour vos frais ?     Oui     Non

	A. Date (chaque déplacement) mm/jj/aaaa	B. Code de déplacement (un seul par ligne – voir le dos du formulaire)	C. Nom du prestataire	D. Adresse du rendez-vous	E. Nombre de miles (aller-retour strictement par l'itinéraire direct le plus court)	F. Frais (joignez les reçus)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

### Obligatoire : Signature du prestataire ou du personnel administratif afin de vérifier votre rendez-vous.

1. _____	Date	4. _____	Date
2. _____	Date	5. _____	Date
3. _____	Date		

### Obligatoire : Signature de l'employé(e)

Ces dépenses sont liées à ma demande d'indemnités d'accident de travail et pour lesquelles je n'ai perçu aucun remboursement. Je suis conscient(e) que l'envoi volontaire de données erronées est un crime. J'ai lu et je comprends les instructions au dos de ce formulaire.

Nom de l'employé(e) en majuscules

Signature de l'employé(e)

Date

**Après la première visite de votre demande, les déplacements ne peuvent être remboursés que si vous :**

- Avez reçu l'autorisation du responsable de votre demande et
- Consultez un prestataire qui fait partie du réseau des prestataires du L&I (certaines exceptions peuvent être accordées, voir le lien ci-dessous).

**Instructions : Remplissez chaque colonne.**

- **Colonne A** : Date de votre déplacement (une seule date par ligne).
- **Colonne B** : Un seul code par ligne. Les codes sont indiqués ci-dessous.
- **Colonne C** : Fournisseur que vous avez consulté.
- **Colonne D** : Adresse à laquelle vous vous êtes rendu(e).
- **Colonne E** : Nombre total de miles parcourus (aller-retour).
- **Colonne F** : Montant en dollars de chaque dépense (alimentation, hébergement, transports, stationnement). Une seule dépense par ligne. Vous devez joindre une copie de chaque reçu (sauf pour les frais de stationnement de moins de 10 \$). Tous les reçus doivent être détaillés et lisibles. Les reçus de carte de crédit ne sont pas acceptés.

**Codes de déplacement**

Dépense	Services médicaux	Services professionnels	Rééducation
Kilométrage avec véhicule personnel	0401A	V0028	0301R
Stationnement	0402A	0402A	0302R
Péage pour pont et ferry	0403A	0403A	0303R
Transport commercial	0405A	0405A	0304R
Taxi	0414A	0414A	Contactez votre conseiller professionnel
Hébergement	0406A	0406A	Contactez votre conseiller professionnel
Petit déjeuner	0407A	0407A	Contactez votre conseiller professionnel
Déjeuner	0408A	0408A	Contactez votre conseiller professionnel
Dîner	0409A	0409A	Contactez votre conseiller professionnel

**Signatures**

- **Visites médicales** : Le prestataire ou le personnel administratif du cabinet consulté doit signer afin de vérifier la date de chaque visite.
- **Services professionnels et de rééducation** : Votre conseiller professionnel doit signer pour vérifier la date de chaque déplacement.
- **Signature de l'employé(e)** : Vous devez signer le formulaire de remboursement.

**Exemple :**

	A. Date (chaque déplacement) mm/jj/aaaa	B. Code de déplacement (un seul par ligne – voir le dos du formulaire)	C. Nom du prestataire	D. Adresse du rendez-vous	E. Nombre de miles (aller-retour strictement par l'itinéraire direct le plus court)	F. Frais (joignez les reçus)
1.	12/12/2022	0401A	Dr. John Smith	123 Hospital Way SW Suite 200 Seattle WA 98101	120	
2.	12/12/2022	0402A		123 Hospital Way SW Suite 200 Seattle WA 98101		\$25.00

**Besoin de trouver un prestataire du réseau L&I près de chez vous ?**

Rendez-vous sur Find-A-Doc sur le site [www.Lni.wa.gov/FindADoc](http://www.Lni.wa.gov/FindADoc).

**Besoins d'aide ou d'informations supplémentaires ?**

Rendez-vous sur [www.Lni.wa.gov](http://www.Lni.wa.gov) et cliquez sur l'onglet « Injured Workers », ou appelez le 1-800-LISTENS.

Vous pouvez consulter le WAC sur les frais de déplacement dans son intégralité sur [apps.Leg.wa.gov/WAC/](http://apps.Leg.wa.gov/WAC/), en recherchant le WAC [296-20-1103](http://www.Lni.wa.gov).