



# Demande de remboursement des frais de déplacement

- Vous devez obtenir l'autorisation préalable de la part de votre responsable des réclamations. Voir [WAC 296-20-1103](#).
- Lisez les instructions au verso avant de commencer.
- Vous voyagez pour un examen médical indépendant ? Veuillez trouver le formulaire de voyage pour examen médical indépendant ([F245-224-000](#)) en ligne sur le site [www.Lni.wa.gov](http://www.Lni.wa.gov) et cliquer sur « Get a Form » (Obtenir un formulaire) ou « Publication » (Publication).

**Informations sur le salarié (veuillez imprimer)**

			N° de la demande
Nom (nom, prénom, initiale du deuxième prénom)			Date de la blessure
Adresse du domicile (pas une boîte postale)			
Ville	État	Code postal	N° de téléphone

**Motif de déplacement (ne cochez qu'un seul type de déplacement par formulaire)**

- Visite médicale ou traitement     
  Services professionnels     
  Participation à un cours de reformation  
(veuillez joindre une copie du formulaire de Charge de transport [[F245-375-000](#)] signé par votre conseiller en formation professionnelle)

**Informations sur le déplacement - voir les instructions et l'exemple au verso**

Avez-vous joint vos justificatifs de frais ?       Oui       Non

	A. Date (chaque déplacement) Jour/Mois/Année	B. Code déplacement (un par ligne - voir au verso du formulaire)	C. De (Ville)	D. À (Ville)	E. Fournissez le nom et le motif de visite	F. Nbre de kilomètres (aller-retour et seulement les trajets directs les plus courts)	G. Montant des dépenses (joindre les justificatifs)
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

**Requis : Signature du prestataire ou de l'employé de bureau pour vérifier votre rendez-vous.**

1. _____	5. _____
Date	Date
2. _____	6. _____
Date	Date
3. _____	7. _____
Date	Date
4. _____	

**Requis : Signature du salarié**

Ces dépenses sont liées à ma demande d'indemnisation de salarié et je n'ai pas été remboursé pour ces dépenses. Je comprends que c'est un délit de soumettre des informations dont je sais qu'elles sont fausses. J'ai lu et je comprends les instructions indiquées au verso de ce formulaire.

Nom du salarié en caractères d'imprimerie	Signature du salarié	Date
---	----------------------	------

**Après la première visite de votre réclamation, le déplacement est uniquement payable si vous :**

- Obtenez l'autorisation de la part de votre responsable des réclamations et
- Consultez un prestataire qui fait partie du réseau de prestataires L&I (certaines exceptions peuvent s'appliquer, voir le lien ci-dessous).

**Instructions : Remplissez chaque colonne.**

- **Colonne A** : Date du déplacement (une date par ligne).
- **Colonne B** : Utilisez seulement un code par ligne. Les codes sont listés ci-dessous.
- **Colonne C** : La ville d'où vous avez voyagé.
- **Colonne D** : La ville où vous avez voyagé.
- **Colonne E** : Le prestataire que vous avez vu et le motif du déplacement.
- **Colonne F** : Nombre total de kilomètres parcourus en aller-retour.
- **Colonne G** : Montant en dollar de chaque dépense (nourriture, hébergement, frais, parking). Seulement une dépense par ligne. Vous devez joindre des copies de tous les reçus sauf pour les frais de parking inférieurs à 10 \$. Tous les reçus doivent être détaillés et lisibles. Les reçus de carte de crédit ne sont pas acceptés.

**Codes déplacement**

Dépense	Services médicaux	Services professionnels	Reformation
Kilométrage d'un véhicule privé	0401A	V0028	0301R
Stationnement	0402A	0402A	0302R
Péage de pont et ferry	0403A	0403A	0303R
Transport commercial	0405A	0405A	0304R
Taxi	0414A	0414A	Contactez votre conseiller en formation professionnelle
Hébergement	0406A	0406A	Contactez votre conseiller en formation professionnelle
Petit-déjeuner	0407A	0407A	Contactez votre conseiller en formation professionnelle
Déjeuner	0408A	0408A	Contactez votre conseiller en formation professionnelle
Dîner	0409A	0409A	Contactez votre conseiller en formation professionnelle

**Signatures**

- **Visites médicales** : Le prestataire ou l'employé de bureau que vous avez vu doit signer pour vérifier chaque date de visite.
- **Services professionnels et de reformation** : Votre conseiller en formation professionnelle doit signer pour vérifier chacune des dates de vos déplacements.
- **Signature du salarié** : Vous devez signer le formulaire de remboursement.

**Exemple**

	A. Date (chaque déplacement) Jour/Mois/Année	B. Code déplacement (un par ligne - voir au verso du formulaire)	C. De (Ville)	D. À (Ville)	E. Fournissez le nom et le motif de visite	F. Nbre de kilomètres (aller-retour et seulement les trajets directs les plus courts)	G. Montant des dépenses (joindre les justificatifs)
1.	08/08/2016	0401A	Olympia	Seattle	Dr. Smith ; visite post-opératoire	120	
2.	08/08/2016	0402A					25 \$

**Vous avez besoin de trouver un prestataire du réseau L&I ?**

Rendez-vous à la page Find-A-Doc (Trouver un médecin) sur le site [www.Lni.wa.gov/FindADoc](http://www.Lni.wa.gov/FindADoc).

**Vous avez besoin d'aide ou vous souhaitez en savoir plus ?**

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

Vous pouvez lire le document complet sur les dépenses de déplacement intitulé « Travel Expense WAC » en vous rendant sur le site [apps.Leg.wa.gov/WAC/](http://apps.Leg.wa.gov/WAC/) et en recherchant le document WAC [296-20-1103](#).