

Réclamation du travailleur

Vous devez remplir ce formulaire pour :

Demander des indemnités lorsque l'accident du travail ou la maladie professionnelle cause :

- **une incapacité à occuper votre emploi pendant plus de 14 jours,**
- **une incapacité permanente, physique ou psychique,**
- **un décès,**
- **une rechute, une récurrence ou une aggravation de la lésion initiale;**

Demander des indemnités lorsque vous ne recevez pas de salaire d'un employeur (bénévole, travailleur autonome, etc.);

Demander le remboursement des frais médicaux, de déplacement et de séjour pour la première fois;

Demander le remboursement des frais engagés pour la réparation ou le remplacement de lunettes ou d'autres orthèses ou prothèses endommagées au travail.

Note : Vous avez six mois pour faire votre demande.

Conformément à la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, le travailleur ou son représentant remet à l'employeur une copie du présent formulaire dûment rempli et signé.

Le présent document comporte trois sections :

- 1. Comment remplir le formulaire « Réclamation du travailleur »**
- 2. Le formulaire « Réclamation du travailleur »**
- 3. Votre protection en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle**

Dans ce document, la forme masculine désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Comment remplir le formulaire

Le personnel du bureau de la CSST de votre région peut vous aider à remplir ce formulaire.

Dans ce formulaire, le mot **événement** désigne autant un accident du travail que la manifestation d'une maladie professionnelle.

Le terme **lésion professionnelle** fait référence à un accident du travail, à une maladie professionnelle ou à une rechute, à une récurrence ou à une aggravation d'une lésion antérieure.

1 • Identification du travailleur									
Nom à la naissance					Numéro d'assurance maladie				
Prénom					Numéro d'assurance sociale				
Adresse		Numéro			Boulevard, avenue, rue, rang			Appartement	
Ville, localité				Province, pays		Code postal		Date de l'événement d'origine	
Année		Mois		Jour		Heure		Min.	
Date de la rechute, récurrence ou aggravation				Année		Mois		Jour	
Numéro de téléphone (rés.)		Numéro de téléphone (autre)		Sexe		Date de naissance		Cochez si vous réclamez à titre de :	
()		()		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Année Mois Jour		<input type="checkbox"/> bénévole <input type="checkbox"/> propriétaire, associé, administrateur, travailleur autonome ou domestique	

Date de l'événement d'origine

Date de l'accident du travail ou date à laquelle vous avez eu connaissance d'être atteint d'une maladie professionnelle.

Date de la rechute, de la récurrence ou de l'aggravation

Date de la détérioration de l'état de santé reliée à une lésion professionnelle antérieure. Indiquez-en la date exacte ainsi que la date de l'événement d'origine auquel elle est reliée.

2 • Identification de l'employeur					Espace réservé à la CSST		Numéro de dossier d'expérience	
Nom (raison sociale) de l'employeur								
Adresse		Numéro		Boulevard, avenue, rue, rang		Bureau		
Ville, localité				Province, pays		Code postal		
Nom de la personne à joindre							Numéro de téléphone	
							()	

Indiquez l'adresse de votre lieu de travail habituel.

Si vous connaissez la personne qui traite les réclamations pour accident du travail et maladie professionnelle chez votre employeur, veuillez inscrire son nom.

Veuillez identifier l'employeur pour qui vous travailliez au moment de l'accident ou de l'apparition de la maladie professionnelle.

3 • Lieu de l'événement			
<input checked="" type="checkbox"/> Au Québec → <input type="checkbox"/> Poste de travail <input type="checkbox"/> Ailleurs dans l'établissement (stationnement, cafétéria, etc.) <input type="checkbox"/> À l'extérieur du lieu de travail (sur la route, chez un client, etc.)			
<input type="checkbox"/> Hors du Québec , indiquez la province ou le pays si hors du Canada.			

Indiquez d'abord si l'événement est survenu au Québec ou à l'extérieur du Québec en cochant la case appropriée.

Si l'événement est survenu au Québec, précisez où en cochant une des trois cases.

Si l'événement est survenu **hors du Québec** mais au Canada, inscrivez le nom de la province sur cette ligne. Si l'événement est survenu à l'extérieur du Canada, inscrivez plutôt le nom du pays.

Si l'événement est survenu en mer (bateau) ou dans les airs (avion), veuillez l'indiquer aussi sur cette ligne et inscrire les précisions à la section 4-Description de l'événement.

4 • Description de l'événement

Décrivez les circonstances de la lésion professionnelle.

EXEMPLE : ACCIDENT
En dépeçant une pièce de boeuf, je me suis coupé profondément à la main gauche.

EXEMPLE : MALADIE PROFESSIONNELLE
J'ai de la douleur dans le coude gauche depuis six mois. Cette douleur ne m'empêchait pas de travailler, mais depuis une semaine elle a augmenté et j'ai dû arrêter de travailler. Mon médecin a diagnostiqué une tendinite causée par les mouvements répétitifs à mon travail.

EXEMPLE : RECHUTE, RÉCIDIVE, AGGRAVATION
Il y a deux mois, j'ai eu un accident du travail qui m'a causé une entorse au genou droit. J'ai été en arrêt de travail pendant deux semaines. Depuis mon retour au travail, la douleur a augmenté. Ce matin, j'ai consulté le médecin, qui m'a arrêté de travailler.

Profession ou métier exercé lors de l'accident

Indiquez comment s'est produite la lésion et décrivez les activités exercées au moment de l'événement, par exemple : les opérations effectuées, les équipements utilisés, les mouvements et les gestes exécutés, etc. Précisez les blessures en indiquant les parties du corps touchées.

5 • Arrêt de travail

Arrêt de travail
 Oui Non
 Date du dernier jour travaillé
 Année Mois Jour

Retour au travail
 Oui Non
 Date du retour
 Année Mois Jour
 Même emploi
 Autre emploi (assignation temporaire, travail léger, retour progressif, etc.)

Date du dernier jour travaillé en tout ou en partie. Elle correspond au jour de l'abandon du travail.

Cochez « Même emploi » seulement si vous êtes retourné dans l'emploi que vous occupiez avant l'accident et aux mêmes conditions, c'est-à-dire que vous effectuez toutes les mêmes tâches et avez le même horaire qu'avant l'accident.

Cochez la case « Autre emploi » si une partie de vos tâches est effectuée par d'autres personnes, si vous travaillez moins d'heures à cause de votre incapacité ou que vous occupez un autre poste.

6 • Renseignements nécessaires au calcul et au versement de l'indemnité de remplacement du revenu

Situation familiale déclarée selon les lois sur l'impôt

Célibataire
 Avec conjoint ou conjointe à charge
 Avec conjoint ou conjointe non à charge
 Famille monoparentale

Nombre de personne(s) majeures(s) à charge (incluant le conjoint)

Revenu annuel _____ \$
 Expliquez : _____

Autre emploi
 Occupez-vous plus d'un emploi ? Oui Non
 Votre lésion vous empêche-t-elle d'occuper vos autres emplois ? Oui Non

Est-ce que votre employeur continue à vous payer après les 14 premiers jours d'incapacité de travailler ? Oui Non

Afin d'établir votre indemnité, nous avons besoin de connaître votre situation familiale déclarée selon les lois sur l'impôt. Cochez l'une des quatre cases correspondant à votre situation familiale au moment de la lésion professionnelle.

À partir de la 15^e journée d'arrêt de travail, c'est la CSST qui verse l'indemnité de remplacement du revenu. Si votre employeur continue à vous payer, cochez la case appropriée.

Veuillez indiquer le nombre de personnes **majeures** à votre charge. **Une personne majeure à charge est une personne de 18 ans ou plus pour laquelle vous pouvez réclamer, au moment où survient l'événement :**

- au moins un crédit d'impôt total ou partiel; **ou**
- une déduction pour pension alimentaire.

Si votre conjoint est à votre charge, veuillez le compter dans le nombre de personnes majeures à charge.

La notion de conjoint inclut les conjoints mariés qui vivent ensemble et les conjoints de fait. Pour être considérées comme conjoint de fait, deux personnes peuvent être de sexe différent ou de même sexe et elles doivent avoir vécu maritalement durant au moins 12 mois consécutifs ou être les parents naturels ou adoptifs d'un même enfant.

6 • Renseignements nécessaires au calcul et au versement de l'indemnité de remplacement du revenu

Situation familiale déclarée selon les lois sur l'impôt <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Avec conjoint ou conjointe à charge <input type="checkbox"/> Avec conjoint ou conjointe non à charge <input type="checkbox"/> Famille monoparentale	Nombre de personne(s) majeures(s) à charge (incluant le conjoint) <input type="text"/>	Revenu annuel _____ \$ Expliquez : _____
Est-ce que votre employeur continue à vous payer après les 14 premiers jours d'incapacité de travailler ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Autre emploi Occupez-vous plus d'un emploi ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Votre lésion vous empêche-t-elle d'occuper vos autres emplois ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

La CSST utilise le **revenu annuel** prévu par votre **contrat de travail** pour déterminer votre indemnité de remplacement du revenu.
Il s'agit du salaire brut qui serait versé pour une prestation normale de travail durant une année.
Ex. : 10 \$ / heure X 40 heures X 52 semaines = 20 800 \$

Si au cours des 12 mois précédant l'événement, vous avez gagné un revenu supérieur à celui prévu par votre **contrat de travail**, veuillez indiquer le montant gagné dans la case prévue à cet effet.

Vous pouvez inclure les sommes suivantes dans votre revenu annuel :

- bonis, primes, commissions, rémunérations participatoires
- pourboires
- heures supplémentaires
- vacances si leur valeur n'est pas incluse dans le revenu
- valeur en espèces si vous utilisez à des fins personnelles une automobile ou un logement fourni par l'employeur
- prestations d'assurance parentale
- prestations d'assurance-emploi

Si vous occupez plus d'un emploi au moment de l'événement, que votre lésion vous empêche ou non de les occuper, veuillez l'indiquer. Les règles concernant la détermination du revenu peuvent alors différer.

7 • Réclamation pour orthèse ou prothèse endommagée par le fait du travail

J'atteste que ces frais ne sont pas remboursés par un régime d'assurance de l'entreprise.	Signature de l'employeur _____	Année _____	Mois _____	Jour _____
--	--------------------------------	-------------	------------	------------

Vous avez droit, sur production de pièces justificatives, à une indemnité pour la réparation ou le remplacement d'une prothèse ou d'une orthèse endommagée involontairement lors d'un événement imprévu et soudain dans la mesure où vous n'avez pas droit à une telle indemnité en vertu d'un autre régime.

Vous devez faire signer votre employeur afin qu'il atteste qu'aucun régime de l'entreprise ne couvre ces frais.

8 • Déclaration et autorisation

Je déclare que les renseignements fournis dans la présente réclamation sont véridiques et complets. J'autorise la Commission de la santé et de la sécurité du travail à obtenir tous les renseignements me concernant relativement à ma réclamation.	Signature du travailleur ou de son représentant _____	Année _____	Mois _____	Jour _____
Si l'événement a causé le décès, identifiez la personne à contacter et la date du décès.	Personne à contacter (conjoint, liquidateur, etc.) _____	Numéro de téléphone () _____		Date du décès Année _____

Il est important de signer et de dater le formulaire.

9 • Autorisation de recueillir des renseignements relatifs à mon état de santé

J'autorise tout médecin ou autre professionnel de la santé, tout intervenant de la santé, tout établissement de la santé et des services sociaux ou toute clinique à communiquer à la Commission de la santé et de la sécurité du travail les renseignements relatifs à mon état de santé concernant le traitement de ma réclamation. À moins d'une révocation écrite de ma part, la présente autorisation demeure valide jusqu'à la fin du traitement de ma réclamation.	Signature du travailleur _____	Année _____	Mois _____	Jour _____
--	--------------------------------	-------------	------------	------------

Au cours du traitement de votre réclamation, des renseignements relatifs à votre état de santé peuvent nous être nécessaires afin d'établir le droit à des prestations. Nous devons avoir votre autorisation afin de permettre à la CSST de recueillir ces renseignements auprès de votre médecin traitant ou d'un autre professionnel de la santé, d'un établissement de santé, d'un intervenant de la santé ou d'une clinique.

1 • Identification du travailleur

Nom à la naissance				Numéro d'assurance maladie									
Prénom					Numéro d'assurance sociale								
Adresse Numéro		Boulevard, avenue, rue, rang				Appartement							
Ville, localité		Province, pays			Code postal								
Numéro de téléphone (rés.)		Numéro de téléphone (autre)		Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Date de naissance Année Mois Jour		Date de l'événement d'origine		Année Mois Jour		Heure Min.	
										Date de la rechute, récurrence ou aggravation		Année Mois Jour	
Cochez si vous réclamez à titre de : <input type="checkbox"/> bénévole <input type="checkbox"/> propriétaire, associé, administrateur, travailleur autonome ou domestique													

2 • Identification de l'employeur

Nom (raison sociale) de l'employeur				Espace réservé à la CSST	Numéro de dossier d'expérience				
Adresse Numéro		Boulevard, avenue, rue, rang							Bureau
Ville, localité		Province, pays		Code postal		Numéro de téléphone ()			

3 • Lieu de l'événement

Au Québec → Poste de travail Ailleurs dans l'établissement (stationnement, cafétéria, etc.) À l'extérieur du lieu de travail (sur la route, chez un client, etc.)
 Hors du Québec, indiquez la province ou le pays si hors du Canada. _____

4 • Description de l'événement

Décrivez les circonstances de la lésion professionnelle.

Profession ou métier exercé lors de l'accident

5 • Arrêt de travail

Arrêt de travail Oui Non Date du dernier jour travaillé
 Année Mois Jour

Retour au travail Oui Non Date du retour
 Année Mois Jour

Même emploi Autre emploi (assignation temporaire, travail léger, retour progressif, etc.)

6 • Renseignements nécessaires au calcul et au versement de l'indemnité de remplacement de revenu

Situation familiale déclarée selon les lois sur l'impôt
 Célibataire Avec conjoint ou conjointe à charge Avec conjoint ou conjointe non à charge Famille monoparentale

Nombre de personne(s) majeures(s) à charge (incluant le conjoint)

Revenu annuel brut _____ \$
 Expliquez : _____

Autre emploi
 Occupez-vous plus d'un emploi ? Oui Non
 Votre lésion vous empêche-t-elle d'occuper vos autres emplois ? Oui Non

Est-ce que votre employeur continue à vous payer après les 14 premiers jours d'incapacité de travailler ? Oui Non

7 • Réclamation pour orthèse ou prothèse endommagée par le fait du travail

J'atteste que ces frais ne sont pas remboursés par un régime d'assurance de l'entreprise.

Signature de l'employeur _____ Année Mois Jour

8 • Déclaration et autorisation

Je déclare que les renseignements fournis dans la présente réclamation sont véridiques et complets. J'autorise la Commission de la santé et de la sécurité du travail à obtenir tous les renseignements me concernant relativement à ma réclamation.

Signature du travailleur ou de son représentant _____ Année Mois Jour

Conformément à l'article 270 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, le travailleur ou son représentant remet à l'employeur une copie du présent document dûment rempli et signé.

Si l'événement a causé le décès, identifiez la personne à contacter et la date du décès.

Personne à contacter (conjoint, liquidateur, etc.) _____ Numéro de téléphone () _____

Date du décès
 Année Mois Jour

9 • Autorisation de recueillir des renseignements relatifs à mon état de santé

J'autorise tout médecin ou autre professionnel de la santé, tout intervenant de la santé, tout établissement de la santé et des services sociaux ou toute clinique à communiquer à la Commission de la santé et de la sécurité du travail les renseignements relatifs à mon état de santé concernant le traitement de ma réclamation. À moins d'une révocation écrite de ma part, la présente autorisation demeure valide jusqu'à la fin du traitement de ma réclamation.

Signature du travailleur _____ Année Mois Jour

Certains renseignements concernant le travailleur pourraient être transmis à d'autres organismes gouvernementaux qui ont signé avec la CSST des ententes sur l'échange d'information, conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

Votre protection en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle

Lorsque vous êtes victime d'un accident du travail ou que vous êtes atteint d'une maladie professionnelle, une loi vous protège : la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*. Elle vous garantit le droit à l'assistance médicale et, si votre état le requiert, le droit à l'indemnisation, à la réadaptation et au retour au travail. C'est la CSST qui est chargée d'administrer les services prévus par cette loi et de s'assurer que vous pouvez exercer les droits qu'elle vous donne.

Lorsque vous effectuez un travail pour un employeur, vous êtes ainsi assuré contre tous les risques d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Vous n'avez rien à déboursier pour cette assurance : c'est votre employeur et les autres employeurs québécois qui en assument tous les coûts par les cotisations qu'ils versent chaque année à la CSST.

Le droit à l'assistance médicale

Dès que vous êtes blessé lors d'un accident du travail ou que se manifeste une maladie professionnelle, vous avez droit sans frais à tous les soins médicaux que requiert votre état, ainsi qu'au remboursement de divers frais.

C'est vous qui choisissez votre médecin. S'il y a lieu, vous avez également le choix du centre hospitalier où vous serez traité, à moins que les soins requis n'y soient pas disponibles dans un délai raisonnable.

Les frais suivants vous seront remboursés par la CSST :

- les médicaments et les autres produits pharmaceutiques prescrits par votre médecin;
- les orthèses et les prothèses prescrites;
- vos frais de déplacement et de séjour pour des visites médicales ou des traitements ou pour accomplir une activité dans le cadre de votre plan individualisé de réadaptation, ainsi que ceux de la personne qui vous accompagne, si nécessaire.

Conservez bien tous les originaux de vos factures pour être remboursé.

Le droit à l'indemnisation

La perte de votre revenu

Si, à cause d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, votre médecin vous prescrit un arrêt de travail, vous recevrez des indemnités pour la perte de salaire occasionnée. S'il y a lieu, ces indemnités continuent à vous être versées pendant votre réadaptation et jusqu'à ce que vous soyez à nouveau en mesure d'effectuer votre travail ou, sinon, d'occuper un autre emploi.

Pour la journée même de l'accident, votre employeur doit vous verser votre salaire net. Par la suite, pour les 14 jours suivants, c'est également lui qui vous verse les indemnités pour chaque jour ou partie de jour où vous auriez normalement travaillé n'eût été de votre lésion. Le montant correspond à 90 % du salaire net que vous auriez gagné pendant cette période, jusqu'à concurrence du salaire maximum assurable fixé par la loi. Si, pour cette même période, vous perdez un autre revenu d'emploi et que vous en faites la preuve, vous pourriez avoir droit à des indemnités correspondantes.

Si aucun employeur n'est tenu de vous verser un salaire au moment de la manifestation de votre lésion professionnelle, vous avez droit à une indemnité de remplacement du revenu à certaines conditions.

À compter du 15^e jour qui suit celui de votre accident ou le début de votre maladie, c'est la CSST qui doit vous verser les indemnités de remplacement du revenu. Ces indemnités sont payées toutes les deux semaines. Leur montant est calculé sur la base de 90 % du revenu net retenu que vous tirez annuellement de votre emploi, jusqu'à concurrence du maximum assurable fixé par la loi, et qui tient compte de votre situation familiale déclarée selon les dispositions des lois sur l'impôt.

Les préjudices corporels

Il se peut qu'à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle vos capacités physiques ou psychiques restent diminuées d'une façon permanente. Dans ces cas, en plus des indemnités auxquelles vous avez déjà droit pour la perte de votre salaire, la CSST vous versera un montant forfaitaire. Elle le fixera d'après un barème qui tient compte, d'une part, de votre perte d'intégrité physique et psychique et du préjudice esthétique, de la douleur ou de la perte de jouissance qui en résulte et, d'autre part, de votre âge.

Le décès d'un travailleur

En cas de décès d'un travailleur à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, le conjoint ainsi que les personnes à sa charge reçoivent des indemnités de la CSST. Celles-ci leur sont versées sous forme de montants forfaitaires, à l'exception de certains cas précis où elles prennent la forme de rentes.

D'autres indemnités

Vous avez également droit à des indemnités pour les dommages causés à vos vêtements par un accident du travail, ou par une orthèse ou une prothèse que vous devez porter à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. La réparation ou le remplacement de cette orthèse ou prothèse, si elle est endommagée involontairement par le fait de votre travail, sont également couverts par la loi.

Le droit à la réadaptation

Si, à cause d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, vous êtes atteint d'une incapacité permanente, physique ou psychique, la CSST en évaluera les conséquences directes. Si vous connaissez des problèmes de réinsertion sociale et professionnelle, en raison de votre accident ou de votre maladie, vous serez appelé à participer à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un plan individualisé de réadaptation. Ce plan peut comprendre des programmes de réadaptation physique, sociale et professionnelle, selon vos besoins. Il a pour but de vous fournir les outils et l'aide nécessaires pour que vous puissiez retrouver votre autonomie et retourner au travail.

Le droit au retour au travail

Dès que vous redevenez capable de reprendre votre travail à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, vous avez le droit, si vous remplissez certaines conditions, de réintégrer votre emploi ou un emploi équivalent dans l'établissement où vous travaillez ou dans un autre établissement de votre employeur.

Vous conservez votre salaire, votre ancienneté et les avantages dont vous auriez bénéficié si vous aviez continué à occuper votre emploi.

Dans le cas où votre entreprise comptait 20 travailleurs ou moins au moment de l'événement, vous pouvez exercer ce droit au retour au travail jusqu'à un an après le début de votre incapacité. Si elle comptait 21 travailleurs ou plus, ce délai est de deux ans.

Le droit au retour au travail s'applique au travailleur qui, à la date où il est victime d'un accident du travail ou atteint d'une maladie professionnelle, est lié par un contrat de travail à durée indéterminée, ou à durée déterminée s'il redevient capable d'exercer son emploi avant la date d'expiration de son contrat.

Si vous demeurez incapable d'exercer votre emploi, vous avez priorité pour occuper le premier emploi convenable qui devient disponible dans un établissement de votre employeur, sous réserve des règles relatives à l'ancienneté prévues par votre convention collective. Si vous occupez un emploi convenable, vous avez le droit de recevoir le salaire et les avantages liés à cet emploi en tenant compte de l'ancienneté et du service continu que vous avez accumulé. Si votre nouveau salaire est inférieur à celui que vous touchiez pour votre ancien emploi, la CSST vous versera des indemnités pour combler la différence.

En attendant que vous redeveniez capable d'exercer votre emploi ou un emploi convenable, votre employeur peut vous assigner temporairement un travail si votre médecin juge que ce travail est favorable à votre réadaptation et ne nuit pas à votre santé.

Les recours

Vous êtes protégé contre toute sanction que votre employeur pourrait prendre à votre endroit à cause d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ou de l'exercice d'un droit prévu par la loi. Si vous faites l'objet d'une telle sanction, ou que vous estimez que vous êtes lésé par une décision de votre employeur, vous pouvez avoir recours à la procédure de griefs prévue par votre convention collective ou soumettre une plainte à la CSST.

Si vous estimez que vous êtes lésé par une décision de la CSST, vous pouvez lui en demander la révision par écrit en vous adressant au bureau de votre région. Dans le cas où vous vous croyez lésé par la décision rendue lors de cette révision, c'est la Commission des lésions professionnelles qui rendra la décision finale.

Vous avez aussi des recours quant à l'exercice de votre droit au retour au travail. Si vous vous croyez lésé, vous pouvez avoir recours à la procédure de griefs prévue par votre convention collective. En l'absence d'une telle convention, les modalités d'application de votre droit au retour au travail sont déterminées par le comité de santé et de sécurité de l'établissement où est disponible l'emploi que vous avez le droit de réintégrer ou d'occuper. En cas de désaccord au sein de ce comité ou si vous êtes insatisfait de ses recommandations, vous pouvez demander l'intervention de la CSST.

Pour tout renseignement supplémentaire, n'hésitez pas à téléphoner au bureau de la CSST de votre région : son personnel est là pour vous aider.

Pour bénéficier de la protection de la loi, vous devez remplir certaines obligations.

- Aviser votre employeur ou son représentant de votre accident du travail ou de votre maladie professionnelle, le plus tôt possible, de préférence avant de quitter l'établissement.
- Si, après la journée de l'accident, vous êtes incapable de reprendre votre travail, fournir à votre employeur une attestation médicale.
- Si votre incapacité de travailler se prolonge au-delà de 14 jours, remplir le formulaire ci-joint et le transmettre à la CSST.
- Fournir tous les renseignements qui vous seront demandés par la CSST.
- Vous soumettre aux examens médicaux exigés par votre employeur ou la CSST, dans les limites prévues par la loi.
- Suivre les traitements médicaux que votre médecin estime nécessaires.
- Informer sans délai la CSST de tout changement à votre situation qui peut affecter le montant de vos indemnités.
- Informer votre employeur de la date de votre retour au travail et du fait que vous conserverez ou non une incapacité permanente.
- Retourner au travail dès que vous êtes en mesure de le faire.

Bureau régionaux de la Commission de la santé et de la sécurité du travail

ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

33, rue Gamble Ouest
ROUYN-NORANDA (Québec)
J9X 2R3
(819) 797-6191
1 800 668-2922
Télécopieur : (819) 762-9325

2^e étage
1185, rue Germain
VAL-D'OR (Québec)
J9P 6B1
(819) 354-7100
1 800 668-4593
Télécopieur : (819) 874-2522

BAS-SAINT-LAURENT

180, rue des Gouverneurs
Case postale 2180
RIMOUSKI (Québec)
G5L 7P3
(418) 725-6100
1 800 668-2773
Télécopieur : (418) 725-6237

CHAUDIÈRE - APPALACHES

777, rue des Promenades
SAINT-ROMUALD (Québec)
G6W 7P7
(418) 839-2500
1 800 668-4613
Télécopieur : (418) 839-2498

CÔTE-NORD

Bureau 236
700, boulevard Laure
SEPT-ÎLES (Québec)
G4R 1Y1
(418) 964-3900
1 800 668-5214
Télécopieur : (418) 964-3959

235, boulevard La Salle
BAIE-COMEAU (Québec)
G4Z 2Z4
(418) 294-7300
1 800 668-0583
Télécopieur : (418) 294-7325

ESTRIE

Place Jacques-Cartier
Bureau 204
1650, rue King Ouest
SHERBROOKE (Québec)
J1J 2C3
(819) 821-5000
1 800 668-3090
Télécopieur : (819) 821-6116

GASPÉSIE — ÎLES-DE-LA-MADELEINE

163, boulevard de Gaspé
GASPÉ (Québec)
G4X 2V1
(418) 368-7800
1 800 668-6789
Télécopieur : (418) 368-7855

200, boulevard Perron Ouest
NEW-RICHMOND (Québec)
G0C 2B0
(418) 392-5091
1 800 668-4595
Télécopieur : (418) 392-5406

ÎLE-DE-MONTRÉAL

1, complexe Desjardins
Tour du Sud, 31^e étage
C.P. 3, succursale place
Desjardins
MONTRÉAL (Québec)
H5B 1H1
(514) 906-3000
Télécopieur : (514) 906-3200

LANAUDIÈRE

432, rue de Lanaudière
Case postale 550
JOLIETTE (Québec)
J6E 7N2
(450) 753-2600
1 800 461-4489
Télécopieur : (450) 756-6832

LAURENTIDES

6^e étage
85, de Martigny Ouest
SAINT-JÉRÔME (Québec)
J7Y 3R8
(450) 431-4000
1 800 465-2234
Télécopieur : (450) 432-1765

LAVAL

1700, boulevard Laval
LAVAL (Québec)
H7S 2G6
(450) 967-3200
Télécopieur : (450) 668-1174

LONGUEUIL

25, boulevard La Fayette
LONGUEUIL (Québec)
J4K 5B7
(450) 442-6200
1 800 668-4612
Télécopieur : (450) 442-6373

MAURICIE- CENTRE-DU-QUÉBEC

Bureau 200
1055, boulevard des Forges
TROIS-RIVIÈRES (Québec)
G8Z 4J9
(819) 372-3400
1 800 668-6210
Télécopieur : (819) 372-3286

OUTAOUAIS

15, rue Gamelin
Case postale 1454
GATINEAU (Québec)
J8X 3Y3
(819) 778-8600
1 800 668-4483
Télécopieur : (819) 778-8699

QUÉBEC

425, rue du Pont
Case postale 4900,
Succursale Terminus
QUÉBEC (Québec)
G1K 7S6
(418) 266-4000
1 800 668-6811
Télécopieur : (418) 266-4015

SAGUENAY — LAC-SAINT-JEAN

Place du Fjord
901, boulevard Talbot
Case postale 5400
CHICOUTIMI (Québec)
G7H 6P8
(418) 696-5200
1 800 668-0087
Télécopieur : (418) 545-3543

Complexe du Parc
6^e étage
1209, boulevard Sacré-Coeur
Case postale 47
SAINT-FÉLICIEN (Québec)
G8K 2P8
(418) 679-5463
1 800 668-6820
Télécopieur : (418) 679-5931

SAINT-JEAN-SUR-RICHELIEU

145, boulevard Saint-Joseph
Case postale 100
SAINT-JEAN-SUR-RICHELIEU
(Québec)
J3B 6Z1
(450) 359-2100
1 800 668-2204
Télécopieur : (450) 359-1307

VALLEYFIELD

9, rue Nicholson
SALABERRY-DE-VALLEYFIELD
(Québec)
J6T 4M4
(450) 377-6200
1 800 668-2550
Télécopieur : (450) 377-8228

YAMASKA

2710, rue Bachand
SAINT-HYACINTHE (Québec)
J2S 8B6
(450) 771-3900
1 800 668-2465
Télécopieur : (450) 773-8126

Bureau RC-4
77, rue Principale
GRANBY (Québec)
J2G 9B3
(450) 378-7971
Télécopieur : (450) 776-7256

Bureau 102
26, place Charles-De Montmagny
SOREL-TRACY (Québec)
J3P 7E3
(450) 743-2727
Télécopieur : (450) 746-1036

Remboursement de frais d'assistance médicale

Il faut remplir un seul formulaire par événement. Une fois le formulaire transmis à la CSST, si vous avez d'autres frais à faire rembourser, expédiez seulement l'original des factures en précisant sur une note d'accompagnement vos nom, adresse, numéro de téléphone, numéro d'assurance maladie, numéro de dossier CSST et date de l'événement.

Vous pouvez utiliser le formulaire n° 382 intitulé « Demande de remboursement de frais » pour décrire vos frais. Ce formulaire est disponible dans nos bureaux régionaux et locaux, ainsi que dans le site Web de la CSST.

www.csst.qc.ca : Une adresse branchée sur vos besoins !