

# Accident du travail et Maladie professionnelle

## Demande de remboursement de frais

Formulaire à envoyer de préférence par mail ([accidents.travail.enseignement@cfwb.be](mailto:accidents.travail.enseignement@cfwb.be)) accompagné des pièces justificatives.

\* Mentions obligatoires

### Informations générales

**Attention** : ce formulaire concerne le remboursement des frais à charge de la FWB et avancés dans le cadre d'un **accident du travail** ou d'une **maladie professionnelle reconnu**.

Les frais pouvant faire l'objet d'une demande de remboursement sont les suivants :

- **Frais de déplacement** (voiture, transport en commun, ambulance ...) avancés par la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle reconnu, pour se rendre à une expertise médicale demandée, ou accordée, par **Medex** ou à la suite d'une **décision judiciaire**.
- **Frais de nuitée** lié au déplacement ci-dessus.
- **Frais administratifs** (recommandés, impressions ...)

Pour information, les frais de déplacement et/ou de nuitée avancés par les **proches de la victime** (conjoint, parents, enfants) pour rendre visite à la victime peuvent également être remboursés dans les limites prévues à l'article 37 de l'arrêté royal du 21 décembre 1971. Pour plus d'informations, consultez la FAQ sur [enseignement.be/accitrav](http://enseignement.be/accitrav).

Ce formulaire ne peut **pas** être utilisé pour obtenir un remboursement des **frais médicaux** (en ce compris les prothèses et lunettes) ou des frais de déplacement occasionnés par le traitement médical. Ces frais sont à charge du **Medex**.

### Référence du dossier

La demande concerne-t-elle un accident du travail ou une maladie professionnelle ? \* Cochez une seule case.

☐ Accident du travail

☐ Maladie professionnelle

N° de registre national \* :

—

Indiquez le n° BIS si la victime n'est pas résidente belge.

N° du dossier \* :

Vous trouverez le numéro du dossier en haut de nos courriers.

### Frais de déplacement / nuitée

Pour demander le remboursement des frais de déplacement / nuitée, remplissez le tableau suivant en utilisant une ligne par rendez-vous.

**Attention !** Ne sont **pas remboursés** :

- Les frais de parking
- Les frais de déplacement réalisés en voiture (en ce compris le taxi) de moins de 5 km ou 10 km A/R (Aller-retour)

	Date	Demandeur	Destination	Moyen de transport	A/R	Nuitée
ex :	07/08/2023	Medex	Centre Medex de Tournai	Taxi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Annexes

Pour **toute demande**, vous devez joindre :

- Une copie de la demande d'expertise médicale (extrait de la convocation Medex, de la décision judiciaire ...)
- Une attestation de présence au rendez-vous

Pour les déplacements en **transport en commun** : joignez une copie du ticket de transport ou de la facture.

Pour les déplacements en **ambulance** : joignez une copie de la facture.

Pour les **nuitées** : joignez une copie de la facture.

**Toute demande incomplète ne pourra être traitée !**

## Frais administratifs

Pour demander le remboursement de frais administratifs, remplissez le tableau suivant.

Lorsqu'ils sont effectués dans le cadre d'accident du travail ou d'une maladie professionnelle reconnu, peuvent être remboursés :

- Les frais relatifs aux envois recommandés
- Les frais relatifs à la rédaction et à la délivrance des rapports médicaux
- Les frais liés à l'impression du formulaire de déclaration
- Les honoraires du médecin qui assiste la victime dans le cadre d'une expertise médicale Medex

Date	Type de frais	Montant
ex : 07/08/2023	Frais envoi de la déclaration par la poste	4,30 €
		€
		€
		€
		€
		€

### Annexes

Pour **toute demande**, vous devez joindre une copie de la facture / du ticket relatif aux frais avancés.

**Toute demande incomplète ne pourra être traitée !**

## Données de remboursement

### Utiliser mes données bancaires renseignées dans Mon Espace

Cochez cette case si vous souhaitez que les données utilisées pour effectuer le versement de votre traitement mensuel soient reprises pour effectuer le remboursement demandé.

### Utiliser d'autres données bancaires

Cochez cette case si vous ne souhaitez pas que les données renseignées dans Mon Espace soient utilisées pour effectuer le remboursement. Dans ce cas, merci de remplir les champs ci-dessous.

NOM et prénom du titulaire du compte :

Numéro du compte bancaire (IBAN) :

BIC :

## Signature

Je déclare sur l'honneur que les données qui précèdent sont certifiées sincères et véritables.

NOM et prénom \* :

Signature \* :

Date \* : Le

Si vous agissez en tant que mandataire, merci de joindre l'acte de mandat.