|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DES FRAIS DE DÉPLACEMENT  Programme transport-hébergement | Territoire :  Alphonse-Desjardins  Thetford  Beauce  Etchemins  Montmagny-L’Islet |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’usager: | Adresse : |
| Prénom : | Numéro d’assurance maladie : No dossier : |

***►******Avant de compléter voir les instructions au verso.◄***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date**  **Année / Mois / Jour** | **Destination**  **Nom de l’installation**  **et ville** | **Accom-**  **pagnateur** | | **Véhicule personnel ou taxi** | | | | | **Autres moyens**  **de transport** | | **Repas**  **Indiquer le montant réellement déboursé.**  **Les reçus sont obligatoires** | | | | **Héberge-ment**  **(joindre reçus)** | **Station-nement**  **(joindre**  **reçus)** | **TOTAL**  **des**  **colonnes**  **A+B+C+D+E** | **Réservé**  **à la compta-bilité** |
| **Oui** | **Non** | **Km**  **aller-retour** | **Déduction**  **50 km1** | **Km net**  **(km – 50)**  **(col5 – col6)** | **Taux**  **0.295 $/km ou 0.16 $/km** | **TOTAL**  **Km net**  **X**  **taux** | **Préciser**  **le moyen**  **de**  **transport** | **Coût**  **(joindre**  **reçus)** | **Déjeuner** | **Dîner** | **Souper** | **Total Repas** |
|  | | | | **Colonne 5 5** | **Colonne 6 6** |  | | **A** |  | **B** |  |  |  | **C** | **D** | **E** | **F** | **G** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  | $ |  |  |  | $ |  |  | $ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  | $ |  |  |  | $ |  |  | $ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  | $ |  |  |  | $ |  |  | $ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  | $ |  |  |  | $ |  |  | $ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  | $ |  |  |  | $ |  |  | $ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  | $ |  |  |  | $ |  |  | $ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  | $ |  |  |  | $ |  |  | $ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  | $ |  |  |  | $ |  |  | $ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  | $ |  |  |  | $ |  |  | $ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  | $ |  |  |  | $ |  |  | $ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  | $ |  |  |  | $ |  |  | $ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  | $ |  |  |  | $ |  |  | $ |  |
| **1 Pour chaque déplacement, déduire 50 km au kilométrage réel effectué sauf pour les traitements répétitifs (ex : hémodialyse), les traitements intensifs et la stimulation précoce.** | | | | | | | | | | | | | | | **TOTAL** | | **$** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Signature de l’usager ou de son représentant* | *Date (Année/Mois/Jour)* | *Si coucher chez un parent ou ami :*  *Nom :*  *Adresse* : |