|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DES FRAIS DE DÉPLACEMENTProgramme 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* :  |