|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Demande de remboursement pour frais spéciaux**  **RESSAQ/ADRAQ, FSSS-CSN, FRIJQ et ARIHQ** | | | | | | |
| **Consignes** | | | | | | |
| 1. Remplir une demande par client et par type de réclamation en complétant la **section A** **ou B.** 2. Les demandes de remboursement doivent être acheminées dans un délai maximal de 60 jours.   **Pour toutes les clientèles :**   * Faire parvenir le présent formulaire à votre intervenante qualité en personne lors d’une visite, au point de service ou par la poste.   **\*Prenez note que si des informations sont manquantes, le formulaire vous sera retourné.** | | | | | | |
| **Identification** | | | | | | |
| **Nom et prénom de la ressource :** | |  | | | | |
| **No d’usager pour le client visé par la réclamation :** | |  | | | | |
| **Programme DI-TSA-DP  Programme jeunesse  Programme SM  Programme SAPA** | | | | | | |
| **Section A (uniquement pour RESSAQ/ADRAQ et FSSS-CSN)** | | | | | | |
| **Bris causé par un client - Programme d’assurance de la DARSSS**  Bris constaté par l’intervenant pivot  Joindre la lettre du programme d’assurance | | | **Montant réclamé :** | | | **$** |
| **Section B** | | | | | | |
| **Dépense en lien avec la condition médicale du client**  Joindre la pièce justificative originale et la prescription médicale originale lors de la première demande | | | **Montant réclamé :** | | | **$** |
| **Autre dépense préautorisée par l’établissement**(une demande pour chaque mois)  Joindre unepièce justificative originale | | | **Montant réclamé :** | | | **$** |
| **Description de la réclamation** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Signature de la ressource :** |  | | | **Date :** |  | |
| **Signature de la personne autorisée de l’établissement :** |  | | | **Date :** |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Exemples de dépenses remboursables (Section B)** | |
| **Dépenses en lien avec la condition du client** | |
| Ex. : Allergie ou intolérance au gluten | Ex. : Allergie ou intolérance au lactose |
| Ex. : Maladies infectieuses | Ex. : Épaississant alimentaire (joindre une pièce justificative originale) |
| **Autres dépenses préautorisées par l’établissement** | |
| Ex. : Activités sportives ou culturelles pour un enfant | Ex. : Vêtements pour un enfant |

2020-09-08