

DÉPLACEMENT USAGERS CAS ÉLECTIFS À PLUS DE 200 KM

1- Identification de l'utilisateur

Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille : _____ Prénom : _____	Date (AAAA-MM-JJ) _____
	Adresse : _____	Date de naissance : (AAAA-MM-JJ) _____
Condition physique (ambulant, marchette, fauteuil roulant, etc.) : _____		
Mode de transport : _____	Numéro de téléphone : _____	Numéro de carte d'hôpital : _____

2- Diagnostic admissible

Quel est votre diagnostic ? _____	Nom du médecin traitant : _____
Numéro de téléphone du médecin traitant : _____	Signature du médecin traitant : _____

3- Lieu de traitement

Nom de l'établissement : _____	Adresse : _____	
Numéro de téléphone : _____	Raison du déplacement éloigné : _____	Accompagnateur requis : _____

4- Services requis

Cette partie doit être remplie par le professionnel de la santé. Celui-ci doit indiquer tous les établissements ainsi que tous les services que cette personne recevra pour ce diagnostic.

Nom de l'établissement : _____ Adresse : _____

SERVICES PRÉVUS	LIEN AVEC LE DIAGNOSTIC
<i>EXEMPLE : DENTISTE</i>	<i>EXEMPLE : FISSURE PALATINE</i>

Fréquence des déplacements : _____ X semaine _____ X mois _____ X année

Kilométrage entre le domicile et l'établissement : _____ km

Autre(s) renseignement(s) pertinent(s) : _____

DÉPLACEMENT USAGERS CAS ÉLECTIFS À PLUS DE 200 KM

Nom de l'établissement : _____ Adresse : _____

SERVICES PRÉVUS	LIEN AVEC LE DIAGNOSTIC
<i>EXEMPLE : DENTISTE</i>	<i>EXEMPLE : FISSURE PALATINE</i>

Fréquence des déplacements : _____ X semaine _____ X mois _____ X année

Kilométrage entre le domicile et l'établissement : _____ km

Autre(s) renseignement(s) pertinent(s) : _____

5- Attestation de visites

Date de la visite : (AAAA-MM-JJ)	Avez-vous été hébergé durant votre séjour ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date de la visite : (AAAA-MM-JJ)	Avez-vous été hébergé durant votre séjour ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date de la visite : (AAAA-MM-JJ)	Avez-vous été hébergé durant votre séjour ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date de la visite : (AAAA-MM-JJ)	Avez-vous été hébergé durant votre séjour ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date de la visite : (AAAA-MM-JJ)	Avez-vous été hébergé durant votre séjour ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Signature du professionnel rencontré :	Numéro de téléphone :

Afin de recevoir votre remboursement, vous devez faire parvenir vos attestations de visites signées, vos reçus ainsi que vos preuves de paiements originaux, incluant coûts, dates, endroits, repas, stationnements et frais d'hébergement par la poste ou les numériser et les envoyer par courriel à l'adresse suivante :

transport.hebergement.csssni@ssss.gouv.qc.ca