

FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS LIÉS AUX DÉPLACEMENTS POUR RAISONS MÉDICALES

(Tous les déplacements pour raisons médicales doivent être préalablement autorisés par l'établissement de santé local ou le Service des déplacements pour raisons médicales.)

(Mis à jour le 1^{er} octobre 2020)

(Usage interne seulement)
 N° de dossier/réclamation : _____ Org. (principale) : 1841 Date de la facture : _____ N° d'approbation : _____

Payable à :	Adresse courriel :		
Adresse postale complète :		Téléphone :	
Nom du patient :		Nom de l'accompagnateur (le cas échéant) :	
Adresse postale complète du patient :			

Début (date)	Fin (date)	Description	Lieu		Quantité	Taux	Total (\$)	
		Hébergement du patient				50 \$/nuit		
		Hébergement de l'accompagnateur				50 \$/nuit		
		Repas du patient				18 \$/jour		
		Repas de l'accompagnateur				18 \$/jour		
Départ (date)	Retour (date)		Départ	Destination				
		Véhicule du patient Aller simple <input type="checkbox"/> Aller-retour <input type="checkbox"/>				0,26 \$/km		
		Vol du patient Aller simple <input type="checkbox"/> Aller-retour <input type="checkbox"/>						
		Vol de l'accompagnateur Aller simple <input type="checkbox"/> Aller-retour <input type="checkbox"/>						
		Taxis et navettes sur place						
Quote-part à déduire (le cas échéant) 200 \$ aller simple, 400 \$ aller-retour								
Total réclamé								

- **LA PREUVE QUE LE PATIENT A HONORÉ SON OU SES RENDEZ-VOUS (PRÉSENCE) EST EXIGÉE POUR LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT (page 2).**
- Le Service des déplacements pour raisons médicales ne vous rembourse que l'itinéraire le plus économique et rentable lors de votre déplacement pour des raisons médicales.
- Pour les déplacements en avion, en taxi ou en navette d'aéroport, vous devez joindre au formulaire les reçus originaux indiquant le coût, le point de départ et la destination des déplacements.
- Les courses de taxi de l'aéroport international d'Edmonton à un hôtel (navette seulement) ou au centre d'hébergement approuvé (ou pour revenir à l'aéroport) ne sont pas remboursées.
- Les courses de taxi en provenance et à destination de votre lieu d'hébergement, de vos rendez-vous, de l'aéroport (excluant Edmonton) et des pharmacies vous seront remboursées jusqu'à concurrence de 25 \$ par course.
- Des indemnités basées sur le kilométrage d'un véhicule privé ne sont versées que pour les déplacements entre deux collectivités, sur présentation des reçus d'essence.
- Le stationnement et une indemnité pour le kilométrage à la destination ne sont PAS remboursés.

J'ai lu et j'accepte les modalités de la politique sur les déplacements pour raisons médicales du GTNO.

Patient _____ Signature	Approuvé (ASTNO) _____ Signature
-------------------------------	--

Les réclamations doivent être envoyées dans les trois mois après le déplacement. Notez que le traitement d'une réclamation prend de quatre à six semaines.

Les réclamations peuvent être postées à votre :
Bureau des déplacements pour raisons médicales local
 ou à :

ASTNO – Déplacements pour raisons médicales
 C. P. 10, 550, chemin Byrne
 Yellowknife NT X1A 2N1
 Téléc. : 867-920-2172 Courriel : ykmedicaltravel@gov.nt.ca

Date de réception au bureau régional :	_____
Date de réception au bureau (YK) :	_____
Date d'examen et de traitement :	_____
Responsable :	_____

Preuve de présence

Nom du patient : _____ N° d'assurance-maladie _____ Date de naissance : _____

Ce formulaire confirme que le patient a honoré le ou les rendez-vous suivants :

Lieu :	Date :	Heure :
Professionnel de la santé (caractères d'imprimerie)	Professionnel de la santé (signature)	

Lieu :	Date :	Heure :
Professionnel de la santé (caractères d'imprimerie)	Professionnel de la santé (signature)	

Lieu :	Date :	Heure :
Professionnel de la santé (caractères d'imprimerie)	Professionnel de la santé (signature)	

Lieu :	Date :	Heure :
Professionnel de la santé (caractères d'imprimerie)	Professionnel de la santé (signature)	

Lieu :	Date :	Heure :
Professionnel de la santé (caractères d'imprimerie)	Professionnel de la santé (signature)	

Lieu :	Date :	Heure :
Professionnel de la santé (caractères d'imprimerie)	Professionnel de la santé (signature)	

Veuillez utiliser le verso du formulaire pour ajouter des rendez-vous ou des commentaires.