

Formulaire d'aide aux déplacements et à l'hébergement des parturientes

SECTION 1 : IDENTIFICATION

Nom et prénom : _____ Adresse : _____
Date de naissance : _____ Ville : _____
No assurance-maladie : _____ Code postal : _____
Date d'expiration : _____ Téléphone résidence : _____
Téléphone autre : _____

Mode de transport utilisé :

Pour l'aller : automobile autobus autre Date de départ : _____
automobile autobus autre Date de retour : _____

Veillez joindre à ce formulaire :

- vos reçus d'essence ou d'autobus;
- vos reçus du lieu d'hébergement, s'il y a lieu.

Veillez présenter votre demande de remboursement dans un délai maximal de 90 jours suivant votre retour.

La parturiente soussignée :

- affirme avoir pris connaissance et répondre aux critères d'admissibilité;
- affirme n'avoir reçu aucune somme pouvant couvrir ni en partie ni en totalité les frais réclamés;
- certifie l'exactitude des renseignements fournis.

Signature de la parturiente

Date

ESPACE RÉSERVÉ À L'ÉTABLISSEMENT

Aller Retour Destination : Rouyn-Noranda Amos Autre : _____
Transport : _____ \$ Nuitée : _____ \$ Accompagnateur : _____ \$ Total : _____ \$
Budget : _____
Autorisé par : _____ Date : _____
Approuvé par : _____ Date : _____

SECTION 2 : JUSTIFICATION DU DÉPLACEMENT

Diagnostic : _____

Examen ou traitement spécialisé requis : _____

Nom du médecin spécialiste ou médecin receveur : _____

Signature du médecin

Date