**Formulaire de demande pour le transport médical**

**visites médecins/cliniques**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du client** |  |  | **Date de naissance Birth** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Gestionnaire de cas** |  |  | **Représentant(e) des services d’emploi** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date du rendez-vous** | **Mode de transport**(voiture, bus) | **Kilométrage total parcouru** | **Dépenses totales**(ticket de bus, bon de stationnement) | **Cachet du médecin/clinique**(exigé pour chaque rendez-vous auquel vous êtes allé) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Signature du client** |  | **Date** |

*Tous reçus doivent être soumis à votre gestionnaire de cas dans les 30 jours de la date que  les prestations ont été délivrées. Si non, un paiement excédentaire peut être crée.*

**Formulaire de demande pour le transport médical**

**visites à la pharmacie pour la méthadone**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du client** |  |  | **Date de naissance Birth** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Gestionnaire de cas** |  |  | **Représentant(e) des services d’emploi** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date du rendez-vous** | **Mode de transport**(voiture, bus) | **Kilométrage total parcouru** | **Dépenses totales**(ticket de bus, bon de stationnement) | **Cachet du médecin/clinique**(exigé pour chaque rendez-vous auquel vous êtes allé) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Signature du client** |  | **Date** |

*Tous reçus doivent être soumis à votre gestionnaire de cas dans les 30 jours de la date que  les prestations ont été délivrées. Si non, un paiement excédentaire peut être crée.*

*Dernière mise à jour octobre 2018*