

# DÉPLACEMENT USAGERS

## CAS ÉLECTIFS À PLUS DE 200 KM

1- Identification de l'utilisateur		
Nom de famille :	Prénom :	Date de naissance :
Adresse : (numéro, appartement, rue)		
Ville :		
Numéro de carte d'hôpital :	Code postal :	Numéro de téléphone :
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 rendez-vous :	Kilométrage entre le domicile et l'établissement :
4- Services requis		
Cette partie doit être complétée 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 DÉFICIENCE PERMANENTE	
EXEMPLE : DENTISTE	EXEMPLE : FISSURE PALATINE	
Fréquence des déplacements :	_____ X semaine	
	_____ X mois	
	_____ X année	
Autre(s) renseignement(s) pertinent(s) : _____		

# DÉPLACEMENT USAGERS CAS ÉLECTIFS À PLUS DE 200 KM

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

SERVICES PRÉVUS <i>EXEMPLE : DENTISTE</i>	LIEN AVEC DÉFICIENCE PERMANENTE <i>EXEMPLE : FISSURE PALATINE</i>

Fréquence des déplacements : \_\_\_\_\_ X semaine  
\_\_\_\_\_ X mois  
\_\_\_\_\_ X année

Autre(s) renseignement(s) pertinent(s) : \_\_\_\_\_

# DÉPLACEMENT USAGERS CAS ÉLECTIFS À PLUS DE 200 KM

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 :

Veillez joindre les **factures originales** de repas, de stationnement ainsi que d'hébergement s'il y a lieu

Mise à jour : 2023-01-10