

Demande de paiement de transports médicaux – Activités thérapeutiques

Transport en commun

Note – La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

REPLIR À L'ENCRE ET EN LETTRES MAJUSCULES

- **Le tarif le plus économique** sera retenu pour calculer le montant qui doit vous être remboursé, et ce, selon la fréquence maximale recommandée par votre médecin.
- Vous devez adresser votre demande par la poste ou par télécopieur, à votre **centre local d'emploi au plus tard le dernier jour du mois qui suit le mois réclamé.**

IMPORTANT

Renseignements sur l'identité du demandeur

Nom de famille
Prénom
Numéro de dossier (CP12)

Centre local d'emploi

Télécopieur

--	--	--	--	--

Précisions sur les déplacements pour activités thérapeutiques

Pour vous aider à calculer le nombre de déplacements au cours de ce mois, vous pouvez vous servir de ce calendrier.

Mois						
Aide-mémoire						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Déplacements du mois de : Mois Année

Cochez le ou les titres de transport utilisés et indiquez le nombre de vos déplacements pour activités thérapeutiques au cours du mois.

Titre de transport	Nombre de déplacements
<input type="checkbox"/> Laissez-passer mensuel (carte Opus, etc.)	
<input type="checkbox"/> Passage unitaire	
<input type="checkbox"/> Autre, précisez :	

Déclaration d'un responsable du dossier de santé mentale ou de l'activité

J'atteste que les renseignements qui figurent sur ce formulaire sont exacts et complets et, en cas de modification, je m'engage à en informer sans délai le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Date
Nom de famille et prénom
Titre du poste
Signature du représentant de l'organisme

OU

Déclaration du prestataire

À remplir seulement dans les situations suivantes :

- lorsque l'activité thérapeutique pratiquée ne requiert pas la présence d'un responsable du dossier de santé mentale ou de l'activité;
- lorsque l'anonymat du participant doit être préservé (par exemple : une réunion des Alcooliques anonymes ou des Narcotiques anonymes).

J'affirme solennellement que les renseignements qui figurent sur ce formulaire sont exacts et complets et, en cas de modification, je m'engage à en informer sans délai le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Date
Signature du prestataire

