

DEMANDE DE REMBOURSEMENT TRANSPORT / ACCOMPAGNEMENT RI-RTF

Nom de la ressource : Jean Dupont / Marie Dubois N° de ressource : 12345

Adresse de l'installation : 123, rue Fictive, St-Jérôme Nom complet, numéro et adresse de la ressource

Programme clientèle : JEUNESSE DI-TSA-DP SANTÉ MENTALE SAPA
 Association : FFARIQ SRAA CSD FRIJQ ARIHQ AUTRE

Le numéro de préautorisation est OBLIGATOIRE pour le remboursement des transports.
Demander la préautorisation AVANT le jour du transport à : dra-grc-rni.cissslau@ssss.gouv.qc.ca

Nombre de kilomètres total pour un aller-retour

Nombre d'heures de remplacement (rémunéré) pour les autres usagers de la ressource

Autres frais repas : *repas de l'accompagnateur seulement

Date du transport

Deux informations pour l'identification :
1. Numéro de dossier de l'utilisateur (disponible sur le relevé de paiement)
2. Initiales de l'utilisateur

i Pièces justificatives (PJ) numérotées obligatoires pour le traitement de votre demande

Date JJ/MM/AAAA	# de préautorisation	# dossier ET initiales usager	Motif de la demande	Nombre de KM	Accomp. nombre d'heures	Autres frais	i # de PJ	RESERVE GRC-RNI CODE / APP
02-03-2025	12333	11010 PB	Information sur le transport Optométriste ajustement lunette	8		<input type="checkbox"/> Repas \$ <input type="checkbox"/> Stationnement \$ <input type="checkbox"/> Autre transport \$	1	
25-03-2025	12355	11010 PB	Ergo Bouclier	61	1.5	<input type="checkbox"/> Repas \$ <input type="checkbox"/> Stationnement \$ <input type="checkbox"/> Autre transport \$	2	
1-03-2025	11832	0202 AA	Visite père - aller porter	24		<input type="checkbox"/> Repas \$		
3-03-2025	11832	0202 AA	Visite père - aller chercher	24		<input type="checkbox"/> Stationnement \$ <input type="checkbox"/> Autre transport \$		
12-03-2025	12554	4444 BB	Opération hôpital	122	6	<input checked="" type="checkbox"/> Repas 14.30 \$ <input checked="" type="checkbox"/> Stationnement 8 \$ <input type="checkbox"/> Autre transport \$	3 4	

Numéroter les pièces justificatives.
Ajouter ces mêmes numéros sur chacune des pièces.

Signature : Marie Dubois Date : 31 mars 2025

Nom ou signature de la personne qui complète le formulaire et date du jour

!
 • Preuves de présence requises pour tous les rendez-vous médicaux