

Formulaire de remboursement des frais de transport

Nom et prénom : _____ Numéro AVS : _____

Date de déplacement/ traitement	Lieu du traitement ¹	Raison du déplacement	Coût des transports publics ²	Raison de l'utilisation de la voiture privée ³	Total km parcourus	Sceau et signature du médecin

¹ **Seuls les frais de transports du lieu de traitement médical le plus proche sont remboursés**

² Les frais sont pris en compte selon les tarifs des transports publics pour le trajet le plus direct

³ Les frais de déplacement en voiture privée sont remboursés selon les mêmes normes que celles qui sont retenues en matière des frais de déplacement par l'administration fiscale cantonale. Ces frais peuvent être remboursés si le remboursement est demandé dans les 15 mois à compter de la date de déplacement/traitement.

Date: _____

Signature: _____