

PENQUIS

CARNET DE VOYAGE DE REMBOURSEMENT KILOMÉTRIQUE

Envoyer à :

Courtage en transport Penquis
Boîte postale 1162, Bangor, ME 04402
Téléphone : 1-855-437-5883 ou 974-2420

Prénom du client : _____ Initiale du deuxième prénom : _____ Nom de famille: _____

Adresse physique : _____ Ville : _____ Téléphone : _____

Je me suis rendu aux rendez-vous ci-dessous et le personnel du cabinet médical a signé ci-dessous. Signature du client : _____

Prénom du conducteur : _____ Initiale du deuxième prénom : _____ Nom de famille: _____

Adresse postale du chauffeur : _____ Ville _____ État _____ Code postal _____

Numéro de téléphone du conducteur : _____ ☐ Cochez la case si vous êtes un nouveau conducteur ☐ Cochez la case si les informations du conducteur ont changé

_____ certifie en remettant ce formulaire que je possède un permis de conduire du Maine valide et en cours de validité. Le véhicule utilisé pour le service I, indiqué ci-dessous possède une vignette d'inspection valide délivrée par l'État du Maine. Le véhicule est immatriculé et assuré dans l'État du Maine.

Signature du conducteur _____ Numéro de permis de conduire _____ Date d'expiration ____/____/____

Je comprends que Penquis ne remboursera qu'une seule personne par véhicule. Remettre plus d'un formulaire par véhicule est considéré comme une fraude et sera signalé.

DATE DU VOYAGE	ID DE VOYAGE#	FOURNISSEUR DE SOINS MÉDICAUX	SIGNATURE DU FOURNISSEUR MÉDICAL	TOTAL DES MILES
		Nom:		
		Adresse:		
		Nom:		
		Adresse:		
		Nom:		
		Adresse:		
		Nom:		
		Adresse:		
		Nom:		
		Adresse:		
		Nom:		
		Adresse:		
		Nom:		
		Adresse:		

* Chaque date de prestation doit être signée par un professionnel de santé pour que le remboursement soit approuvé. REMARQUE : Chaque déplacement sera confirmé auprès du cabinet du professionnel de santé. avant tout paiement. Le remboursement des frais kilométriques est valable uniquement lorsque le client est à bord du véhicule. Ce formulaire doit être retourné au plus tard 30 jours après la date de la réclamation.

Le premier rendez-vous, sans quoi le remboursement sera refusé. Les relevés de déplacements pour remboursement peuvent être envoyés par courriel à transportationfiscal@penquis.org.

USAGE BUREAU NE PAS ÉCRIRE EN DESSOUS DE CETTE LIGNE

Date de réception : _____ Kilométrage total à payer : _____ Montant total de cette facture : _____ Date de la facture : _____



VEUILLEZ LIRE
CHANGEMENT DES FORMULAIRES DE REMBOURSEMENT
À PARTIR DU 1ER FÉVRIER 2019, VOUS DEVEZ UTILISER DE NOUVEAUX FORMULAIRES

COURTAGE EN TRANSPORT PENQUIS
FICHE D'INSTRUCTIONS DU JOURNAL DE VOYAGE POUR LE REMBOURSEMENT DU KILOMÉTRAGE CLIENT

Tous les carnets de voyage doivent être dûment remplis et soumis dans les 30 jours suivant la date du premier rendez-vous indiquée sur votre carnet de voyage. Vous devez nous appeler avant de vous rendre à votre rendez-vous ; en cas d'urgence, vous devez nous appeler à votre retour.

LES PHOTOCOPIES DES SIGNATURES DU FOURNISSEUR MÉDICAL, DU CLIENT ET DU CONDUCTEUR
NE SERONT PAS ACCEPTÉES.

Veillez remplir toutes les informations suivantes sur chaque journal. Si le journal n'est pas entièrement rempli, nous vous le renverrons pour que vous le remplissiez :

Informations client - Nom complet du client, adresse physique, numéro de téléphone et signature du client.

Informations sur le conducteur : Veuillez indiquer son nom complet, son adresse postale (où le chèque doit être envoyé) et son numéro de téléphone. Le nom du conducteur doit figurer sur la ligne « Je, _____, certifie ». Veuillez également indiquer sa signature, son numéro de permis de conduire et sa date d'expiration (mois/jour/année).

Date du voyage : cette date doit correspondre à celle d'émission du numéro de voyage, sinon le carnet de voyage vous sera renvoyé pour correction et paiement. Vous pouvez saisir jusqu'à 7 voyages par carnet de voyage.

Numéros d'identification de voyage – Ces numéros vous sont remis lorsque vous appelez pour votre rendez-vous à notre bureau. Si vous avez pris rendez-vous avec nous, veuillez écrire ici le mot « En cours ».

Nom et adresse du prestataire de soins médicaux – il s'agit du nom et de l'adresse du prestataire de soins médicaux auprès duquel vous avez été vu.

Total des miles – Lors de la prise de rendez-vous, vous recevrez le total des miles qui vous seront payés à chaque aller : les miles aller et retour.

Saisissez les miles ici ; vous n'êtes plus obligé de saisir les odomètres.

Veillez consulter votre calendrier pour connaître les dates limites de remise des journaux. Les journaux peuvent être remis n'importe quel jour de la semaine cependant; tous les journaux doivent être remis au plus tard à 9h00 à chaque date limite.

Les dates limites changent, mais les heures limites restent inchangées. Si vous n'avez pas de calendrier de date limite, veuillez nous contacter et nous vous en enverrons un par courrier.

Helping Today • Building Tomorrow