

DEMANDE DE FRAIS DE TRANSPORT ET DE VOYAGE POUR RECOURS
NON FACULTATIF À UN TRAITEMENT MÉDICAL OU DENTAIRE
EN VERTU DE LA DIRECTIVE PILE

Dans certaines régions éloignées, les fonctionnaires du gouvernement fédéral et leurs personnes à charge ont droit aux avantages décrits dans la Directive PILE du Conseil national mixte. La Directive prévoit des dispositions qui permettent aux employés/personnes à charge (article 3.1) de se faire rembourser les dépenses et les jours de congé nécessaires afin d'obtenir un traitement médical ou dentaire qui : a) n'est pas facultatif; b) n'est pas offert au lieu d'affectation du fonctionnaire (c.-à-d., poste isolé); et c) s'impose de toute urgence (c.-à-d., dans un délai raisonnable).

Partie I – Renseignements personnels

| | |
|--|------------------------------|
| Nom de famille du patient : | Prénom(s) du patient : |
| Nom de famille du fonctionnaire : | Prénom(s) du fonctionnaire : |
| Collectivité où travaille le fonctionnaire : | |
| Lien entre le fonctionnaire et le patient : | |

Partie II – Recommandation du médecin/dentiste (doit être remplie par le médecin/dentiste – veuillez inscrire vos initiales dans tous les cas qui s'appliquent)

| | |
|--|---|
| | Je certifie que je suis le médecin/dentiste traitant du patient susmentionné. |
|--|---|

Je certifie que le patient doit recevoir un traitement qui :

| | |
|--|---|
| | n'est pas facultatif |
| | n'est pas offert au lieu d'affectation du fonctionnaire (c.-à-d. poste isolé) |
| | s'impose de toute urgence (c.-à-d. dans un délai raisonnable) |

| |
|---|
| La collectivité la plus près où le traitement prescrit est offert est : |
|---|

Type de traitement :

| Type d'aiguillage | | | |
|-------------------|---------|--|---|
| | Médical | | Dentaire (veuillez préciser ci-dessous) |

| Vol d'évacuation médicale requis | | | |
|----------------------------------|-----|--|-----|
| | Oui | | Non |

| Type de traitement dentaire* | | | |
|------------------------------|--|--|--|
| | Une personne souffrant d'une grave malocclusion entraînant une dysfonction masticatoire grave. | | Une personne qui a les mâchoires cassées ou les dents gravement endommagées par suite d'un accident. |
| | Un nouveau-né affecté de fissures aux lèvres ou au palais. | | Traitement dispensé à des fins non cosmétiques/non esthétiques. |

** Veuillez prendre note que la DPILE ne prévoit aucun remboursement pour les traitements orthodontiques de nature esthétique ou cosmétique autres que les traitements susmentionnés.*

| | |
|--|---|
| | La personne qui recevra le traitement doit être accompagnée durant la période du voyage parce que (veuillez cocher) : |
| | <input type="radio"/> elle est mineure |
| | <input type="radio"/> elle a une incapacité physique ou mentale qui fait en sorte qu'elle est incapable de voyager seule. |
| | <input type="radio"/> autre (expliquer) _____ |

| | |
|---|--|
| Nom du médecin/dentiste traitant (lettres moulées) : | Initiales du médecin/dentiste traitant : |
| Signature du médecin/dentiste traitant: | Date : |

Partie III – Déclaration du fonctionnaire* (doit être remplie par le fonctionnaire)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Je certifie que je suis incapable de prendre des mesures nécessaires afin d'assurer les soins des personnes dont j'ai la charge au poste isolé durant mon absence et qu'elles doivent donc m'accompagner. |
|--------------------------|---|

| | |
|---|--------|
| Je certifie qu'au meilleur de mes connaissances, les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts. | |
| Signature du fonctionnaire : | Date : |

**Veuillez prendre note que vous devrez obtenir la confirmation de la date de votre traitement de l'établissement où vous serez traité.*