

DEMANDE POUR DÉPLACEMENT DES USAGERS DE LA RÉGION (VOLET ÉLECTIF)

À compléter par l'utilisateur

DÉCLARATION DE L'USAGER

Cochez l'agent payeur qui s'applique à votre situation

- Programme de transport, hébergement pour personnes handicapées (mission CLSC)
- Programme d'aide sociale Autres : _____
- Aucun

IMPORTANT : Avant d'effectuer le déplacement, le médecin référant complète la partie 3 de ce formulaire et le remet ensuite à l'utilisateur. Par la suite, l'utilisateur fera compléter la partie 4 par le médecin consulté. Il vous revient de compléter les parties 1 et 2 et de **faire parvenir ce formulaire dans les 90 jours**, pour fins de remboursement à l'adresse suivante : Centre de santé et de services sociaux de.....

À PERSONNALISER

PARTIE 1. Identification de l'utilisateur (À COMPLÉTER PAR L'USAGER)

Nom : _____ Date naissance : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Si enfant mineur, paiement à l'ordre de : _____

PARTIE 2. Renseignements sur le déplacement (À COMPLÉTER PAR L'USAGER)

Destination (nom du centre hospitalier/ville) située à plus de 200 km : _____

Date du rendez-vous : _____

Date du déplacement (aller) : _____ (retour) : _____

Moyen de transport : Véhicule personnel Hébergement (s'il y a lieu) : Du : _____ Au : _____

Transport en commun Hospitalisation (s'il y a lieu) Du : _____ Au : _____

L'utilisateur affirme avoir pris connaissance des principaux critères d'admissibilité pour une compensation financière (voir au verso) et confirme l'exactitude des renseignements fournis.

Signature de l'utilisateur (ou tuteur) : _____

À compléter par le médecin référant

PARTIE 3. Prescription du médecin référant pour un soin ou service à l'extérieur de la région

Nom du médecin référant (en lettres moulées) : _____

Nature du service prescrit (examen, intervention, traitement) : _____

Spécialité : _____

Cette spécialité est-elle disponible dans notre région : Oui Non

Si oui, veuillez justifier la raison de la non-consultation du spécialiste régional : _____

Signature du médecin référant _____ **Date** _____

À compléter par le médecin de l'extérieur

PARTIE 4. Attestation du médecin consulté à l'extérieur de la région

Nom du médecin consulté et spécialité (en lettres moulées) : _____

Nature du service rendu (examen, intervention, traitement) : _____

Veuillez préciser si :

Traitement lié à un cancer (radiothérapie, chimiothérapie). Spécifier : _____

Traitement lié à une greffe. Spécifier : _____

Accompagnateur médicalement requis pour ce déplacement : Oui Non

Justification : _____

Signature du médecin consulté _____ **Date** _____

PARTIE RÉSERVÉE À L'USAGE DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE JONQUIÈRE

Transport en voiture :	Nombre de km : _____	_____ \$
Transport en commun :	Spécifier : _____	_____ \$
Nombre de nuitées :	_____ x _____ (taux)	_____ \$
Forfait repas admissibles :	_____ x _____ (taux)	_____ \$
Accompagnateur autorisé (repas) :	_____ x _____ (taux)	_____ \$

Allocation accordée : _____ \$

Complété par : _____ Date : _____

Approuvé par : _____ Date : _____

Responsable de la politique de déplacement

Déplacement hors région : Demande d'aide financière

ADMISSIBILITÉ GÉNÉRALE À L'AIDE FINANCIÈRE

- ✓ **Vous êtes reconnu résident du Québec et habitez au Saguenay-Lac-Saint-Jean.**
- ✓ **Un médecin**, reconnu par l'hôpital du territoire où vous habitez, **vous a prescrit des services dans le réseau public, qui sont assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et non disponibles ou accessibles dans la région.**
- ✓ **Vous devez vous déplacer à plus de 200 km** à l'aller pour recevoir les services prescrits par un médecin de la région.
- ✓ **Vous ne devez pas être admissible à un autre programme de remboursement** (Aide sociale, Programme de transport, hébergement pour personnes handicapées (mission CLSC), etc.).

CE QUE VOUS DEVEZ FAIRE POUR OBTENIR UNE AIDE FINANCIÈRE

AVANT LE DÉPLACEMENT

- ✓ Confirmez votre admissibilité à une aide financière auprès de la personne désignée à votre hôpital. Toute consultation subséquente devra être autorisée à nouveau.
- ✓ Complétez le formulaire au verso.
- ✓ Assurez-vous de faire compléter la section 3 par votre médecin.

LORS DU DÉPLACEMENT

- ✓ Assurez-vous de faire compléter la section 4 intitulée « Attestation du médecin consulté à l'extérieur de la région ».

APRÈS LE DÉPLACEMENT (au plus tard 90 jours)

- ✓ Veuillez transmettre le formulaire dûment complété à la personne responsable de la politique de déplacement des usagers de l'hôpital de votre territoire de résidence.

L'AIDE FINANCIÈRE À LAQUELLE VOUS AVEZ DROIT (CAS ÉLECTIF)

C'est l'hôpital du territoire où vous résidez qui fera le calcul de l'aide financière à laquelle vous avez droit.

Pour votre transport :

- ✓ Si vous utilisez **votre voiture**, votre allocation correspondra au nombre de km parcourus entre votre résidence et l'hôpital hors région **X 0,13 \$ du km.**

Un déductible de 200 km pour un aller-retour et un déductible de 100 km pour un aller ou un retour simple seront appliqués.

- ✓ Si vous prenez **l'autobus**, l'hôpital de votre territoire vous remboursera le coût du billet (**exclus** taxi, métro et autres transports) sur présentation du reçu.

Pour votre hébergement-repas :

Si vous n'avez pas à coucher à l'extérieur, vous recevrez 20 \$ pour couvrir vos frais de repas.

Si vous devez coucher à l'extérieur, vous êtes admissible à un maximum d'une (1) nuitée si vous êtes référé à Québec et de deux (2) nuitées à Montréal ou Sherbrooke. Vous serez ainsi admissible à :

- ✓ une allocation de 75 \$ (incluant repas) par nuitée admissible si vous couchez à l'hôtel, chez des amis ou chez la parenté. Une preuve de coucher est obligatoire. Vous devez soit fournir la facture d'hôtel, une facture d'essence ou de restaurant datée de la journée avant ou après la date de votre rendez-vous.

L'AIDE FINANCIÈRE POUR VOTRE ACCOMPAGNATEUR (CAS ÉLECTIF)

Si vous avez un accompagnateur (sur prescription médicale s'il s'agit d'un usager de 18 ans et plus), vous pourrez également réclamer pour celui-ci.

Pour son transport :

Le coût de son billet d'autobus si celui-ci vous accompagne lors du voyage (reçu exigé). Si vous faites du covoiturage, il n'y a pas de supplément.

Pour ses repas :

Une allocation de 20 \$ par journée admissible pour compenser ses frais de repas uniquement, selon les mêmes barèmes que l'usager en fonction d'hébergement-repas.

CAS PARTICULIERS

- ✓ **Pour un patient en attente de greffe**
 - Les remboursements des frais de transport sont les mêmes que ceux énumérés plus tôt dans ce dépliant.
 - Pour l'hébergement, nous remboursons les frais des maisons d'hébergement ou hôtelleries reconnues par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) jusqu'à un maximum de 25 \$ par nuitée, et ce, pour la durée du séjour, pour vous et votre accompagnateur si médicalement requis (joindre la facture).
- ✓ **Pour les personnes en traitement de cancer**
 - Pour l'hébergement, nous remboursons les frais des maisons d'hébergement ou hôtelleries reconnues par le MSSS jusqu'à un maximum de 25 \$ par nuitée, et ce, pour la durée du séjour, pour vous et votre accompagnateur si médicalement requis. Cependant, pendant votre hospitalisation, nous ne pouvons payer pour l'accompagnateur (joindre la facture).
 - En cas de non-disponibilité de chambres dans les ressources d'hébergement reconnues (sur présentation d'une preuve) les modalités prévues pour les cas électifs sont appliquées.
 - Pour le transport, si vous utilisez votre voiture, votre allocation correspondra au nombre de km parcourus entre votre résidence et l'hôpital hors région **X 0,13 \$ du km, sans le déductible prévu pour les cas électifs.**
 - Si vous prenez **l'autobus**, l'hôpital de votre territoire vous remboursera le coût du billet (taxi, métro et autres transports **exclus**) sur présentation du reçu.