

SECTION 3 MÉDECIN QUI PRESCRIT LE DÉPLACEMENT (ou joindre une copie de la prescription de votre médecin)

Raison de la référence (spécialité) : _____

Nom du médecin receveur : _____

Établissement receveur et ville : _____

S'agit-il de l'établissement le plus rapproché offrant le service ? Oui Non

Si non, spécifiez la raison : _____

Un accompagnateur familial ou social est-il requis ? Si oui, initiales du médecin _____

Signature du médecin traitant ou de la personne autorisée : _____ Date : _____

SECTION 4 ÉTABLISSEMENT QUI FOURNIRA LES SERVICES REQUIS

(Estampe) _____

Nom de l'établissement de destination : _____

Adresse : _____

N° civique _____ Rue _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone : () _____

Nom du médecin traitant : _____ N° de permis : _____

Spécialité : _____ Traitement reçu : _____

Date du rendez-vous : _____ / _____ / _____ Est-ce un suivi? Oui Non Accompagnateur requis par le médecin pour le retour : _____

Date de l'hospitalisation : Du _____ / _____ / _____ Au _____ / _____ / _____ Oui Non

Service couvert par la RAMQ : Oui Non

Signature du médecin traitant ou de la personne autorisée : _____ Date : _____

SECTION 5 CISSS du Bas-Saint-Laurent (Section réservée au Service de la comptabilité)

Nom de l'installation de la région du Bas-Saint-Laurent : _____

Date de réception du formulaire : _____ / _____ / _____

Cette demande répond aux critères d'admissibilité : Oui Non

Les pièces justificatives ont été fournies : Oui Non

Cette demande est : Acceptée Refusée

Montant accordé : _____ Code budgétaire : _____ Motifs du refus : _____

Détails, s'il y a lieu : _____

Signature de la comptabilité : _____ Date : _____

Tableau de l'allocation financière à l'utilisateur

Région du Bas-Saint-Laurent	Montant alloué à l'utilisateur pour les frais d'utilisation d'un véhicule (aller et retour)					Montant forfaitaire alloué à l'utilisateur pour les frais de repas et d'hébergement (aller et retour)				
	Lévis	Québec	Trois-Rivières	Montréal	Sherbrooke	Lévis	Québec	Trois-Rivières	Montréal	Sherbrooke
Lieu de l'établissement qui fournira les services requis Établissement où l'utilisateur reçoit habituellement les soins et services de santé										
Secteur de La Matanie	79,56 \$	81,90 \$	115,70 \$	145,60 \$	136,50 \$	75,00 \$	75,00 \$	150,00 \$	150,00 \$	150,00 \$
Secteur de La Matapédia	80,86 \$	83,20 \$	117,00 \$	146,90 \$	137,80 \$	75,00 \$	75,00 \$	150,00 \$	150,00 \$	150,00 \$
Secteur de La Mitis	63,96 \$	66,30 \$	100,10 \$	130,00 \$	120,90 \$	75,00 \$	75,00 \$	75,00 \$	150,00 \$	150,00 \$
Secteur Rimouski-Neigette	53,56 \$	55,90 \$	89,70 \$	119,60 \$	110,50 \$	75,00 \$	75,00 \$	75,00 \$	150,00 \$	150,00 \$
Secteur Les Basques	39,26 \$	41,60 \$	75,40 \$	105,30 \$	96,20 \$	75,00 \$	75,00 \$	75,00 \$	150,00 \$	150,00 \$
Secteur du Témiscouata	44,46 \$	46,80 \$	80,60 \$	110,50 \$	101,40 \$	75,00 \$	75,00 \$	75,00 \$	150,00 \$	150,00 \$
Secteur de Pohénégamook	36,92 \$	39,26 \$	73,06 \$	102,96 \$	93,86 \$	75,00 \$	75,00 \$	75,00 \$	150,00 \$	150,00 \$
Secteur de Rivière-du-Loup	0 \$	27,30 \$	61,10 \$	91,00 \$	81,90 \$	0 \$	75,00 \$	75,00 \$	150,00 \$	75,00 \$
Secteur du Kamouraska	0 \$	0 \$	40,30 \$	70,20 \$	61,10 \$	0 \$	0 \$	75,00 \$	75,00 \$	75,00 \$

Note : Pour un aller simple ou un retour seulement, les montants alloués à l'utilisateur figurant dans le tableau ci-dessus doivent être divisés par deux.

AUX USAGERS DU CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT

Vous devez vous déplacer pour recevoir des soins et des services de santé à

200 kilomètres ou plus ?

Vous êtes peut-être admissible à une aide financière...

Politique de déplacements des usagers

Production Juillet 2019

Programme d'aide financière aux usagers

Ce programme s'adresse aux usagers de la région du Bas-Saint-Laurent qui doivent se déplacer à 200 kilomètres ou plus de leur résidence ou de l'établissement de leur territoire pour recevoir des soins et des services de santé non disponibles dans leur région.

Critères d'admissibilité

Pour être admissible, l'usager doit :

- ❖ Être résident du Québec.
- ❖ Avoir reçu de son médecin une ordonnance médicale (prescription) pour des services de santé et des services sociaux non disponibles dans la région du Bas-Saint-Laurent qui sont couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (R.A.M.Q.).
- ❖ Se déplacer vers l'établissement de santé et de services sociaux le plus rapproché et qui est situé à 200 km ou plus¹ de l'établissement de la région du Bas-Saint-Laurent où il reçoit habituellement les soins et les services de base ou de son lieu de résidence.
- ❖ Ne pas avoir reçu d'aide financière d'un autre programme.

Une personne peut être autorisée à accompagner l'usager à la demande de son médecin. **Le médecin doit alors le spécifier sur l'ordonnance médicale** sauf dans le cas où l'usager est âgé de moins de 18 ans. Dans ce cas, une preuve peut être exigée.

1. Selon les distances routières établies par le ministère des Transports, de la Mobilité durable et de l'Électrification des transports.

Remboursement des frais de déplacement

L'établissement rembourse à l'usager :

- ❖ Les frais d'utilisation d'un véhicule selon le « Tableau de l'allocation financière à l'usager » au verso.

Remboursement des frais de repas et d'hébergement

- ❖ L'établissement rembourse à l'usager un montant forfaitaire (préétabli en fonction de la distance à parcourir, voir « Tableau de l'allocation financière à l'usager » au verso) pour couvrir l'ensemble des frais de repas et d'hébergement encourus lors de son déplacement (aller et retour).
- ❖ Il est à noter que le montant forfaitaire prévoit qu'un déplacement peut s'échelonner sur plusieurs jours (1 à 3 jours) pour les rendez-vous de l'usager.
- ❖ L'usager a droit également à une allocation financière pour compenser les frais de repas de l'accompagnateur lorsque celui-ci est requis selon les critères d'admissibilité. Une allocation de 20\$ sera accordée par tranche de 75\$ de frais de repas et d'hébergement allouée.

Remboursement des frais admissibles pour les clientèles particulières

- ❖ Des modalités d'allocations financières particulières s'appliquent pour les usagers qui doivent se déplacer pour recevoir des services de radio-oncologie, ou en attente de greffe ou transplantation ou pour un suivi de ces services.
- ❖ Les usagers doivent s'adresser au Service de la comptabilité afin d'obtenir les informations concernant les frais autorisés pour ces déplacements.

Procédure de réclamation

Il est demandé aux usagers de transmettre leur demande de réclamation dans les 90 jours suivant le déplacement pour obtenir leur remboursement.

Merci de conserver vos reçus en votre possession pour vos déclarations d'impôts annuelles, car ceux-ci ne vous seront pas renvoyés.

Pour toutes questions, vous pouvez nous contacter par courriel au : aidefinanciere200km.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca ou par téléphone au 1 866 724-5231, option « Aide financière pour les déplacements de 200 km et plus ».

Note :

Pour toute interprétation relative à ce programme d'aide financière, seul le document du Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent intitulé *Politique de déplacement des usagers* en fait foi. Vous pouvez consulter cette politique sur le site Web du Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent à l'adresse www.cisss-bsl.gouv.qc.ca

Le Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Veillez vous assurer que les **SECTIONS 1, 2** (s'il y a lieu) **3 et 4** de ce formulaire soient bien remplies, et que les pièces justificatives soient jointes à ce formulaire. **MERCI DE CONSERVER VOS REÇUS POUR VOS DÉCLARATIONS D'IMPÔTS ANNUELLES, CAR CEUX-CI NE VOUS SERONT PAS RENVOYÉS.**

Les formulaires incomplets vous seront retournés.

Formulaire de réclamation (PROGRAMME D'AIDE FINANCIÈRE AUX USAGERS)

Veillez faire parvenir ce formulaire dans les 90 jours suivant votre déplacement à l'adresse suivante :

CISSS du Bas-Saint-Laurent
Service de la comptabilité
800, avenue du Sanatorium
Mont-Joli (Québec) G5H 3L6

SECTION 1 L'USAGER (Veillez compléter tous les champs)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

N° civique

Rue

Ville

Province

Code postal

Téléphone : Rés. : () _____ Bur. : () _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____ N° d'assurance maladie : _____

Année mois jour

Adresse courriel : _____

Mode de transport utilisé : Aller : _____ Retour : _____

Réclamation pour le transport : Date de départ : _____ Date de retour : _____

Avez-vous déjà transmis une réclamation dans le cadre de ce programme ? oui non

Êtes-vous bénéficiaire d'un programme d'aide financière offert par :

• Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) oui non

• Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (Aide sociale) ? oui non

• Transport hébergement personnes handicapées (vous référer à votre CLSC) ? oui non

• Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ? oui non

• Autres _____ oui non

Afin de déterminer l'agent payeur, nous autorisez-vous à faire les vérifications requises auprès des organismes concernés ? oui non

S'il s'agit d'une première consultation, veuillez joindre à ce formulaire une photocopie de votre ordonnance médicale (prescription du médecin de la région du Bas-Saint-Laurent) de même qu'un spécimen de chèque.

Signature de l'usager : _____ Date : _____

SECTION 2 L'ACCOMPAGNATEUR

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

N° civique

Rue

Ville

Province

Code postal

Téléphone : Rés. : () _____ Bur. : () _____