

SECTION 2 L'accompagnateur (s'il y a lieu)

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ Téléphone : _____
N° civique Rue Résidence
Ville Province Code postal Travail

SECTION 3 Médecin du Bas-Saint-Laurent qui prescrit le déplacement (ou joindre une copie de la prescription du médecin)

Raison de la référence (spécialité) : _____
Nom du médecin (en lettres moulées) : _____ N° de permis : _____
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 du Bas-Saint-Laurent 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
Nom du médecin hors région : _____
N° de permis : _____ Spécialité : _____
Traitement reçu : _____

Date du rendez -vous : ____ / ____ / ____ Est-ce un suivi? Oui Non
Année Mois Jour
Accompagnateur requis par le médecin : Oui Non Service couvert par la RAMQ : Oui Non
Date de l'hospitalisation : Du : ____ / ____ / ____ Au : ____ / ____ / ____
Année Mois Jour Année Mois Jour
Signature du médecin hors région ou de la personne autorisée : _____ Date : _____

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

Date de réception : _____ Cette demande est : Acceptée Refusée
Montant : _____ Quantité : _____ Code budgétaire : _____
Description : _____
Motif du refus (s'il y a lieu) : _____
Signature de la comptabilité : _____ Date : _____

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...



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 (aller seulement) de leur résidence ou de l'installation de leur territoire pour recevoir des soins et des services de santé non disponibles dans leur région ou lorsque les soins et les services ne sont pas disponibles dans un délai médicalement requis.

Ce programme d'aide financière s'appuie sur la *Politique de déplacement des usagers* du CISSS du Bas-Saint-Laurent. Vous pouvez consulter cette politique au ciiss-bsl.gouv.qc.ca/remboursement.



Critères d'admissibilité

Pour être admissible, l'utilisateur 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 (RAMQ);
- Se déplacer vers l'établissement de santé et de services sociaux le plus rapproché et qui est situé à 200 km ou plus¹ (aller seulement) de l'établissement de la région du Bas-Saint-Laurent où il reçoit habituellement les soins et les services 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'utilisateur à la demande de son médecin. **Le médecin doit alors le spécifier sur l'ordonnance médicale** sauf dans le cas où l'utilisateur est âgé de moins de 18 ans. Dans ce cas, une preuve de la présence de l'accompagnateur peut être exigée (exemple : facture).

¹Selon les distances routières établies par le ministère des Transports et de la Mobilité durable

Remboursement des frais

Les montants ont été indexés en date du 1^{er} avril 2024. Ils seront indexés automatiquement chaque année selon l'indice des prix à la consommation.

Frais de déplacement

L'établissement rembourse à l'utilisateur le plus petit des montants suivants :

- Les frais d'utilisation d'un véhicule selon le *Tableau de l'allocation financière à l'utilisateur* disponible au ciyss-bsl.gouv.qc.ca/remboursement (correspond à 0,22 \$ du kilomètre moins un déductible de 200 km);
- Le coût du transport en commun.

Frais de repas et d'hébergement

- L'établissement verse à l'utilisateur un montant pour compenser une partie des frais de repas et d'hébergement encourus lors de son déplacement (aller-retour). Ce montant est préétabli en fonction de la distance à parcourir (voir *Tableau de l'allocation financière à l'utilisateur* disponible au ciyss-bsl.gouv.qc.ca/remboursement). **Une preuve justificative pour l'hébergement est obligatoire (s'il y a lieu) depuis le 1^{er} novembre 2023.**
- Il est à noter que les montants établis sont **par jour de rendez-vous**.
- L'utilisateur a droit également à une allocation financière pour compenser une partie des frais de l'accompagnateur lorsque celui-ci est requis selon les critères d'admissibilité. Cette allocation correspond à 51,27 \$ de frais encourus par l'accompagnateur par tranche de 119,73 \$ de frais de repas et d'hébergement allouée à l'utilisateur.

Pour toute question ou information supplémentaire

Courriel : aidefinanciere200km.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca

Téléphone : 1 866 724-5231 (option « Aide financière pour les déplacements de 200 km et plus »)

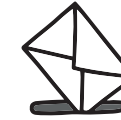
Site Web : ciyss-bsl.gouv.qc.ca/remboursement



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. Conservez vos reçus originaux pour votre déclaration d'impôt annuelle, car ceux-ci ne vous seront pas renvoyés. Les formulaires incomplets vous seront retournés.

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'utilisateur (veuillez remplir tous les champs)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____
N° civique Rue Résidence

_____ Travail
Ville Province Code postal

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

Adresse courriel : _____

Mode de transport utilisé : Aller : _____ Retour : _____

Moment du 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
- Autre : _____ 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 demande, veuillez joindre à ce formulaire une photocopie de votre prescription médicale du médecin de la région du Bas-Saint-Laurent (ou lui faire remplir la SECTION 3 du formulaire) ainsi que votre spécimen de chèque.

Signature de l'utilisateur : _____ Date : _____