

## PROGRAMME D'AIDE FINANCIÈRE POUR LE DÉPLACEMENT DES USAGERS

### À qui s'adresse le programme?

Le programme d'aide financière s'adresse aux usagers du réseau de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue qui doivent se déplacer à l'extérieur de la région, à la demande de leur médecin, pour recevoir des soins de santé et de services sociaux **non disponibles** en Abitibi-Témiscamingue.

Ce programme découle de la Politique de déplacement des usagers du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. **Il offre une aide financière aux usagers sans toutefois rembourser la totalité des frais de déplacement et d'hébergement.**

### Critères d'admissibilité

#### Pour être admissible, l'utilisateur doit :

- être résident du Québec;
- avoir reçu d'un médecin de l'Abitibi-Témiscamingue une ordonnance médicale pour des services de santé ou des services sociaux non disponibles dans la région;
- se déplacer vers un établissement de santé et de services sociaux situé à l'extérieur de la région, à plus de 200 km de l'établissement où il reçoit habituellement ses soins et services de base en Abitibi-Témiscamingue;
- se déplacer dans l'établissement en mesure de lui fournir les soins et les services requis **le plus rapproché** de l'établissement généralement fréquenté;
- se déplacer pour des soins et services **couverts** par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ).

### Procédure de réclamation

Avant le départ, l'utilisateur doit s'adresser à son centre de santé et de services sociaux (CSSS) afin d'obtenir les informations sur le formulaire à compléter pour présenter une demande de réclamation.

Pour procéder à la réclamation, l'utilisateur doit présenter à ce même établissement toutes les pièces justificatives suivantes :

- le formulaire de réclamation pour frais de déplacement annexé à ce dépliant.  
Toutes les parties du formulaire doivent être complétées :
  - » section 1 : à compléter par l'utilisateur;
  - » section 2 : justification du déplacement à compléter par le médecin qui réfère l'utilisateur à l'extérieur de la région;
  - » section 3 : attestation de rendez-vous à compléter par le médecin qui sera consulté par l'utilisateur à l'extérieur de la région.
- les reçus de billet d'autobus;
- pour les usagers recevant des traitements de radio-oncologie ou tout autre traitement relié au cancer, les reçus de l'hôtel ou du lieu d'hébergement où ils ont séjourné à l'extérieur de la région.

La demande de réclamation ainsi que toutes les preuves justificatives doivent être présentées dans **un délai maximum de 90 jours** suivant le retour. Aucun remboursement ne sera accordé après cette date.

### Frais de déplacement

#### Utilisation de la voiture personnelle pour le déplacement :

Lors d'un déplacement, les frais des 100 premiers kilomètres d'un aller ou d'un retour sont assumés par l'utilisateur (200 kilomètres pour un aller-retour). Une allocation de 0,20 \$ par kilomètre supplémentaire parcouru est accordée par l'établissement de santé et de services sociaux. Le kilométrage est calculé au départ de l'hôpital de la ville de résidence de l'utilisateur. L'aide financière accordée est différente s'il s'agit d'un **cas de cancer**. Pour les accompagnateurs, seuls les transports faits avec le bénéficiaire seront remboursés.

**Utilisation de l'autobus pour le déplacement :**

Le coût du billet d'autobus, qu'il soit pour un aller ou un retour simple ou pour un aller-retour, est remboursé en totalité à l'utilisateur. Le coût du billet est également remboursé à l'accompagnateur si l'utilisateur est âgé de moins de 18 ans ou si le médecin avait spécifié sur le formulaire de réclamation que l'utilisateur pouvait être accompagné d'une personne car son état le requiert.

**Vous devez présenter le reçu du billet d'autobus pour vous et votre accompagnateur, s'il y a lieu.**

**Utilisation de l'avion pour le déplacement :**

Si l'utilisateur se déplace en avion, le coût du billet d'avion n'est pas remboursé par l'établissement, et ce, même s'il y a prescription du médecin. Une allocation équivalente à celle que l'utilisateur aurait reçue s'il avait utilisé sa voiture personnelle sera attribuée. Aucun remboursement ne sera accordé pour l'accompagnateur qui voyage en avion avec l'utilisateur.

**Frais de repas et d'hébergement**

Une allocation de 108\$ par nuitée est allouée à l'utilisateur pour les frais de repas et d'hébergement pour un maximum de 2 nuitées (216\$). Ce montant inclut le coucher de l'accompagnateur lorsque requis par la prescription médicale.

Une allocation de 46,25\$ par jour est allouée à l'accompagnateur dont la présence a été prescrite par le médecin pour les frais de repas pour un maximum de 2 jours (92,50\$).

**Aucune allocation supplémentaire n'est accordée si le séjour est de plus de 2 nuits.**

Des modalités d'allocation financière particulières sont accordées :

- pour les usagers de 0 à 18 ans et leur accompagnateur;
- pour les usagers devant recevoir des traitements de radio-oncologie ou tout autre traitement relié au cancer, une transplantation ou une greffe.

**Une fois le formulaire dûment complété, apportez celui-ci à l'hôpital de votre localité. Informez-vous à l'accueil de la localisation du bureau de l'aide financière pour le déplacement des usagers.**

**ACCOMPAGNEMENT LORS DES DÉPLACEMENTS**

Le médecin peut demander qu'une personne accompagne l'utilisateur lors de son déplacement. Il doit le spécifier sur l'ordonnance médicale avec la raison. L'utilisateur de moins de 18 ans peut en tout temps être accompagné d'un des deux parents, sans ordonnance du médecin.



**Numéro de téléphone des personnes-ressources à contacter**

**Rouyn-Noranda**

819 764-5131, poste 42104

**La Sarre**

819 782-4661, poste 3261

**Amos**

819 732-3341, poste 2217

**Témiscamingue**

819 622-2773, poste 4450

**Val-d'Or**

819 825-5858, poste 2250

# POLITIQUE DE DÉPLACEMENT DES USAGERS

## Formulaire de réclamation pour frais de déplacement à plus de 200 km

### Section 1 : L'USAGER (en lettres moulées SVP)

Prénom et nom : \_\_\_\_\_ # de dossier : \_\_\_\_\_  
# d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_  
Nom d'un parent si moins de 18 ans : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
# de téléphone principal : \_\_\_\_\_ # téléphone (autre) : \_\_\_\_\_

#### Êtes-vous bénéficiaire d'un autre programme d'aide financière tel que :

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (aide sociale) :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Programme transport-hébergement pour personnes handicapées :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
CNESST (Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail) :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Société de l'assurance automobile du Québec :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Indemnisation des victimes d'actes criminels :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

#### Mode de transport utilisé :

Pour l'aller > date de départ : \_\_\_\_\_ voiture  autobus  navette  transfert  autre \_\_\_\_\_  
Pour le retour > date de départ : \_\_\_\_\_ voiture  autobus  navette  transfert  autre \_\_\_\_\_

### VEUILLEZ JOINDRE À CE FORMULAIRE :

- Vos reçus d'autobus;
- Vos reçus d'hébergement si vous avez été hébergé à une maison d'hébergement ou une des « hôtelleries cancer » reconnues par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux, tels que : la Fondation québécoise du cancer ou au manoir Ronald McDonald.

**Veillez présenter votre demande de remboursement dans un délai de 90 jours suivant le retour.**

L'utilisateur soussigné affirme n'avoir reçu aucune somme pouvant couvrir en tout ou en partie les frais réclamés et autorise le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue à échanger toute information pertinente à cet effet avec les instances mentionnées ci-haut. L'utilisateur soussigné affirme avoir pris connaissance de la Politique de déplacement des usagers et déclare répondre aux critères de celle-ci.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### ESPACE RÉSERVÉ À L'ÉTABLISSEMENT \*\* ATTENTION : Ne pas soustraire les 200 km de franchise pour les cas de cancer

Destination :  Montréal  Gatineau  Autre \_\_\_\_\_ Accompagnateur prescrit :  Oui  Non  
Pour l'aller > Mode de transport utilisé : voiture  autobus  navette  transfert  autre \_\_\_\_\_  
Pour le retour > Mode de transport utilisé : voiture  autobus  navette  transfert  autre \_\_\_\_\_

#### Aide financière accordée :

Usager =	Transport :	\$	Repas/hébergement :	\$	TOTAL :	\$	Budget :	_____
Accompagnateur =	Transport :	\$	Repas/hébergement :	\$	TOTAL :	\$	Budget :	_____
<b>GRAND TOTAL :</b>							_____	\$

Suivi du : \_\_\_\_\_ Note au dossier : \_\_\_\_\_

Vérifié et autorisé par \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## POLITIQUE DE DÉPLACEMENT DES USAGERS

### Formulaire de réclamation pour frais de déplacement à plus de 200 km

#### Section 2 : JUSTIFICATION DU DÉPLACEMENT

Section devant être complétée OBLIGATOIREMENT par le médecin traitant de l'Abitibi-Témiscamingue qui réfère l'utilisateur

Cas de cancer Diagnostic : \_\_\_\_\_

Préciser la spécialité médicale requise et non disponible en région : \_\_\_\_\_

Examen ou traitement spécialisé requis : \_\_\_\_\_

Nom du médecin spécialiste ou médecin receveur : \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement auquel l'utilisateur est référé : \_\_\_\_\_

L'établissement référé est-il le plus proche hors région en mesure de fournir les soins ou services requis ?  oui  non

Si non, pour quelle raison réferez-vous l'utilisateur à cet établissement ? \_\_\_\_\_

Veillez indiquer la priorité de la consultation selon le formulaire APSS: \_\_\_\_\_

Est-ce un soin ou service assuré par la RAMQ ? Oui  Non  Explications : \_\_\_\_\_

Si un accompagnateur est requis, veuillez indiquer la raison : \_\_\_\_\_

Première visite : Oui  Non  Visites subséquentes : Oui  Non

Identification du médecin traitant (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin traitant Date

#### Section 3 : ATTESTATION DU RENDEZ-VOUS DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ HORS RÉGION

Section devant être complétée OBLIGATOIREMENT par le médecin ou le responsable du service spécialisé HORS RÉGION / ou l'utilisateur doit obtenir une attestation de présence du centre de santé où il est vu avec les renseignements requis

Nom du médecin rencontré (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_

Identification du traitement reçu : \_\_\_\_\_

Date de la consultation : \_\_\_\_\_ Prochaine(s) consultation(s) : \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement auquel le spécialiste est rattaché, si vu en clinique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

\_\_\_\_\_  
# pratique

\_\_\_\_\_  
Date

Étampe :