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. Ou se déplacer au-delà de 200 km pour recevoir des soins en région.

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'usager 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 et/ou non disponibles dans le délai requis;
- Se déplacer vers un établissement québécois de santé et de services sociaux, 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).

Avant de vous rendre à un rendez-vous, vous pouvez consulter le site Internet du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue afin d'obtenir toute l'information au sujet du formulaire à compléter pour présenter une demande de réclamation.

Pour procéder à la réclamation, l'usager 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'usager;
  - » section 2 : justification du déplacement à compléter par le médecin qui réfère l'usager à l'extérieur de la région;
  - » section 3 : attestation de rendez-vous à compléter par le médecin qui sera consulté par l'usager à l'extérieur de la région.
- **Les billets d'autobus, les reçus d'hébergement et les reçus détaillés de repas.**
- **Les reçus d'essence sont exigés seulement si les rendez-vous sont rapprochés (inférieur à 8 jours).**

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 une fois ce délai échu.

**** Il est recommandé à l'usager de conserver une copie du présent formulaire lorsque complété et une copie des factures, avant de les déposer dans la boîte prévue à cet effet.**

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'usager (200 kilomètres pour un aller-retour). Une allocation de 0,23 $ 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'usager. 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 au taux régulier, qu'il soit pour un aller ou un retour simple ou pour un aller-retour, est remboursé à l'usager. Le coût du billet est également remboursé à l'accompagnateur si l'usager est âgé de moins de 18 ans ou si le médecin avait spécifié sur le formulaire de réclamation que l'usager devait être accompagné d'une personne, car son état le requiert.

Vous devez présenter les billets d'autobus pour vous et votre accompagnateur, s'il y a lieu.

Utilisation de l'avion pour le déplacement

Si l'usager 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'usager 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'usager.

Frais de repas et d'hébergement

Une allocation de 123,20 $ par nuitée est allouée à l'usager pour les frais de séjour (hébergement et repas) pour les soins et services reçus à l'extérieur de la région pour un maximum de (deux) (2) nuitées (246,40 $). Ce montant inclut le coucher de l'accompagnateur lorsque requis par la prescription médicale.

Une allocation de frais de subsistance par nuitée de 52,76 $ est allouée à l'accompagnateur dont la présence a été prescrite par le médecin, jusqu'à un maximum de deux (2) nuits (105,52 $).

Aucune allocation supplémentaire n'est accordée si le séjour est de plus de deux (2) nuits.
Lors d'une hospitalisation de l'usager, l'accompagnateur requis doit assumer ses frais de subsistance.
Vous devez présenter vos reçus d'hébergement et de repas détaillés.

Des modalités d'allocation financière particulières sont accordées :

Pour les usagers devant recevoir des traitements de radio-oncologie ou tout autre traitement relié au cancer, une transplantation ou une greffe, seuls les frais d'hébergement en hôtellerie cancer et maison des greffés sont couverts selon les attestations de présence remises. Si un autre lieu d'hébergement est choisi, les modalités relatives aux déplacements électifs s'appliquent.

Une fois le formulaire dûment complété, transmettez celui-ci par courriel ou apportez-le à l'hôpital de votre localité. Informez-vous de la localisation des boîtes dédiées pour déposer les documents. Il est fortement recommandé de joindre un spécimen de chèque à votre demande afin d'éviter des délais.

ACCOMPAGNEMENT LORS DES DÉPLACEMENTS

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

Pour toute question ou information, veuillez communiquer par courriel au 08.cisssat.pdu@ssss.gouv.qc.ca ou par téléphone **:**

Amos
Téléphone : 819 764-5131, poste 42104

La Sarre
Téléphone : 819 622-2773, poste 4450

Rouyn-Noranda
Téléphone : 819 764-5131, poste 42104,

Val-d'Or
Téléphone : 819 764-5131, poste 42104

Ville-Marie & Témiscaming
Téléphone : 819 622-2773, poste 4450

Demande oncologie
Téléphone : 819 622-2773, poste 4450

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
Québec

PROGRAMME D'AIDE FINANCIÈRE POUR LE DÉPLACEMENT DES USAGERS
Formulaire de réclamation pour frais de déplacement et de séjour

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

Prénom et nom : _____

Nº d'assurance maladie :_____ Date d'expiration : _____

Nom d'un parent si moins de 18 ans : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Téléphone principal : _____

Code postal : _____Téléphone autre : _____

Adresse courriel : _____

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

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (aide sociale) :	Oui ☐	Non ☐
Programme transport-hébergement pour personnes handicapées :	Oui ☐	Non ☐
CNESST (Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail) :	Oui ☐	Non ☐
Société de l'assurance automobile du Québec :	Oui ☐	Non ☐

Mode de transport utilisé :

Pour l'aller ▸ date de départ : _____ ☐ voiture ☐ autobus ☐ transfert ☐ autre : _____

Pour le retour ▸ date de départ : _____ ☐ voiture ☐ autobus ☐ transfert ☐ autre : _____

VEUILLEZ JOINDRE À CE FORMULAIRE :

- Votre spécimen de chèque (si pas déjà remis)
- Vos billets d'autobus
- Vos reçus d'hébergement (ex. : maison d'hébergement, hôtellerie cancer, hôtel ou location court terme, terrain de camping)
- Vos reçus de repas détaillés et vos reçus d'essence si vos rendez-vous sont rapprochés

VEUILLEZ PRÉSENTER VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DANS UN DÉLAI DE 90 JOURS SUIVANT LE RETOUR

L'usager 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 avec le médecin référent. L'usager 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 ☐Autre : _____ Accompagnement prescrit : ☐ Oui ☐ Non

Aide financière accordée

Usager : Transport :_____$ Repas/hébergement : _____$ TOTAL _____ $ Budget : _____

Accompagnateur : Transport :_____$ Repas/hébergement : _____$ TOTAL _____ $ Budget : _____

GRAND TOTAL : _____$

Suivi du : _____ Note au dossier : _____

Vérifié et autorisé par : _____ Date : _____

Section 2 : JUSTIFICATION DU DÉPLACEMENT

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

Rendez-vous pour suivi ou recherche diagnostique oncologique : ☐

Rendez-vous électif : ☐

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'usager est référé : _____

Veuillez indiquer la priorité et le délai de prise en charge souhaité de la consultation : _____

Est-ce un soin ou un service assuré par la RAMQ : ☐ Oui ☐Non Explication : _____

Identification du médecin traitant (en lettre moulées) : _____

Y'aura-t-il des visites subséquentes : ☐ Oui ☐ Non

Accompagnateur requis pour la 1re visite : ☐ Oui ☐ Non Raison : _____

Accompagnateur requis pour les visites subséquentes ☐ Oui ☐ Non Raison : _____

_____ _____ _____

Signature du médecin traitant : Nº pratique Date

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

Section devant être complétée OBLIGATOIREMENT par le médecin ou le responsable du service spécialisé où le (ou les) rendez-vous s'il y a lieu.

Nom du médecin rencontré (en lettres moulées) :_____

Spécialité : _____

Date de la consultation : _____

Date(s) d'hospitalisation (s'il y a lieu) : _____

Date(s) des traitements (s'il y a lieu) : _____

Nom de l'établissement auquel le spécialiste est rattaché : _____

_____ _____ _____

Signature du médecin ou personne habilitée dans l'établissement receveur Nº pratique Date

Étampe : _____