

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	<input type="checkbox"/>	autobus	<input type="checkbox"/>	navette	<input type="checkbox"/>	transfert	<input type="checkbox"/>	autre
Pour le retour ▶	date de départ :	voiture	<input type="checkbox"/>	autobus	<input type="checkbox"/>	navette	<input type="checkbox"/>	transfert	<input type="checkbox"/>	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 :	

GRAND TOTAL : _____ \$

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 :