

## ADDENDA AU PROGRAMME D'AIDE FINANCIÈRE POUR LE DÉPLACEMENT DES USAGERS DU DOMICILE VERS LE CENTRE RÉGIONAL DE RADIO- ONCOLOGIE

### À qui s'adresse le programme?

Ce 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 de leur domicile vers le centre régional de radio-oncologie pour recevoir des traitements de radiothérapie.

Ce programme est un addenda à la Politique de déplacement des usagers du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue. **Il offre une aide financière aux usagers sans toutefois rembourser la totalité des frais de déplacement.**

### Critères d'admissibilité

Pour être admissible, l'utilisateur doit :

- être résident du Québec;
- recevoir des traitements de radio-oncologie;
- le total de la réclamation doit être un minimum de 5,00 \$.

### Procédure de réclamation

Pour procéder à la réclamation, l'utilisateur doit présenter le formulaire de réclamation pour frais de déplacement annexé à ce dépliant à la personne qui lui fournira ses soins et services ou une personne habilitée.

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 traitant;
- Section 3 : attestation de rendez-vous à remplir et signer par le médecin ou la personne habilitée.

La demande de réclamation doit être présentée dans **un délai maximum de 90 jours** suivant le ou les déplacement(s). Aucun remboursement ne sera accordé après cette date.

### Frais de déplacement

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

Une allocation de 0,21 \$ par kilomètre parcouru est accordée par l'établissement de santé et de services sociaux. Le kilométrage aller-retour est calculé de l'adresse de l'utilisateur vers le centre régional de radio-oncologie.

**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 et 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 devait être accompagné d'une personne, car son état le requiert.

**Utilisation du taxi ou du transport adapté pour le déplacement :**

L'utilisation du taxi ou du transport adapté devrait être préalablement autorisée par le gestionnaire du service de radio-oncologie.

### Frais de repas et d'hébergement :

Pour les usagers devant recevoir des traitements de radiothérapie, une allocation de 20 \$ par jour est allouée à l'usager pour les frais d'hébergement lorsque ce dernier demeure chez un proche, il peut s'agir d'un ami. Lorsque ce dernier doit être hébergé dans un hôtel désigné par le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, l'usager bénéficie des taux prévus par la circulaire ministérielle. Advenant le cas où aucun hôtel n'est disponible, un montant maximum de 178 \$ par nuitée sera accordé. Ce montant inclut le coucher de l'accompagnateur lorsque requis par la prescription médicale. Une allocation quotidienne de 46,25 \$ par jour est allouée pour les frais de repas à l'usager et à l'accompagnateur dont la présence a été prescrite par le médecin. Pour un usager et son accompagnateur (si médicalement requis) qui se déplacent seulement la journée de son traitement, une allocation d'un maximum de 46,25 \$ par jour (factures obligatoires) est accordée pour les frais de repas.

Les usagers qui ont un traitement avant 10 h pourront bénéficier d'une nuitée supplémentaire en début de traitement.

Les usagers qui ont 15 traitements et plus pourront bénéficier d'une nuitée supplémentaire en fin de traitement.

Les usagers qui ont moins de 15 traitements auront une évaluation à la moitié du traitement pour définir si une nuitée supplémentaire est requise.

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

### ACCOMPAGNEMENT LORS DES DÉPLACEMENTS

Le médecin peut demander qu'une personne accompagne l'usager lors de son déplacement. Il doit le spécifier sur l'ordonnance médicale avec la raison. L'usager 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

**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) : \_\_\_\_\_  
Adresse courriel : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

**Section 2 : JUSTIFICATION DU DÉPLACEMENT**

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

Traitement de radio-oncologie

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Date

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

**Section devant être complétée OBLIGATOIREMENT par le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue ou l'utilisateur doit obtenir une attestation de présence avec les renseignements requis**

Date(s) des traitements : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin ou de la personne habilitée dans l'établissement

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

\_\_\_\_\_  
Date

**ESPACE RÉSERVÉ À LA PERSONNE DÉSIGNÉE PAR L'ÉTABLISSEMENT**

Pour l'aller > Mode de transport utilisé voiture  autobus  autre

Pour le retour > Mode de transport utilisé voiture  autobus  autre

**Aide financière accordée :**

Usager = Transport : \_\_\_\_\_ \$ TOTAL : \_\_\_\_\_ \$ Budget : \_\_\_\_\_

Accompagnateur = Transport : \_\_\_\_\_ \$ TOTAL : \_\_\_\_\_ \$ Budget : \_\_\_\_\_

**GRAND TOTAL : \_\_\_\_\_ \$**

Commentaire(s) : \_\_\_\_\_

Vérifié et autorisé par \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date