

## MESURES EXCEPTIONNELLES

Les usagers qui recevaient leur traitement ou avaient des rendez-vous oncologiques à Gatineau sont maintenant dirigés vers Montréal et des mesures exceptionnelles ont été appliquées depuis quelques mois. Considérant un retour à la normale de la disponibilité des hôtelleries pour les cas oncologiques, des modifications aux mesures exceptionnelles ont été apportées.

### 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 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 au Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue afin d'obtenir les informations sur le formulaire à remplir 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 remplies :
  - » section 1 : à remplir par l'utilisateur;
  - » section 2 : justification du déplacement à remplir par le médecin qui réfère l'utilisateur à l'extérieur de la région;
  - » section 3 : attestation de rendez-vous à remplir par l'établissement où l'utilisateur recevra ses soins.
- les reçus de billets d'autobus, taxis.

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 :**

Pour l'utilisateur résidant à plus de 200 km de l'installation où il recevra ses soins, une allocation de 0,21 \$ 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.

POLITIQUE DE DÉPLACEMENT DES USAGERS  
Formulaire de réclamation pour frais de déplacement  
(cas oncologiques)

**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 pouvait être accompagné d'une personne, car son état le requiert. Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue remboursera également les frais de taxi pour se rendre du terminus d'autobus au lieu d'hébergement.

**Vous devez présenter le reçu du billet d'autobus pour vous et votre accompagnateur ainsi que les reçus de taxis.**

**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 : EN CAS DE DÉBORDEMENT À L'HÔTELLERIE POUR LES CAS ONCOLOGIQUES**

Pour les utilisateurs devant recevoir des traitements de radio-oncologie ou tout autre traitement relié au cancer, l'Hôtellerie Norman Fortier de Montréal demeure le premier choix et les frais y seront remboursés à 100 %. Sinon, une allocation de 20 \$ par jour est allouée à l'utilisateur pour les frais d'hébergement lorsque ce dernier demeure chez de la famille ou un proche. Si aucune place d'hébergement n'est disponible à cet endroit, la Fondation québécoise du cancer ou la Société canadienne du cancer doit nous confirmer cette information de non-disponibilité par courriel et cette information devra être jointe au formulaire de réclamation. Un montant maximum de 178 \$ par nuitée peut être accordé lorsque l'utilisateur doit être hébergé dans un hôtel. Ce montant inclut le coucher de l'accompagnateur lorsque requis par la prescription médicale. De plus, une allocation quotidienne de 46,25 \$ par jour est allouée pour les frais de repas à l'utilisateur et à l'accompagnateur dont la présence a été prescrite par le médecin.

L'Hôtellerie Norman Fortier de Montréal offre une allocation sous forme de coupon repas pour les utilisateurs qui ont des soins à l'Hôpital Notre-Dame et au CUSM.

**Les factures doivent obligatoirement être transmises avec la demande de remboursement.**

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 de l'aide financière pour le déplacement des utilisateurs.

**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.

**Pour toutes questions, informations ou pour envoyer votre demande de remboursement,  
veuillez nous contacter via l'adresse courriel suivante :**

**[08.cierrat.rn.pdu@ssss.gouv.qc.ca](mailto:08.cierrat.rn.pdu@ssss.gouv.qc.ca)**

POLITIQUE DE DÉPLACEMENT DES USAGERS  
Formulaire de réclamation pour frais de déplacement  
(cas oncologiques)

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

VEUILLEZ JOINDRE À CE FORMULAIRE :

- Vos reçus d'autobus;
- Vos reçus d'hébergement (hôtellerie cancer, hôtel ou location court terme)

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-dessus. 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  Autre \_\_\_\_\_ Accompagnateur prescrit :  Oui  Non  
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 :	_____ \$	Repas/hébergement :	_____ \$	TOTAL :	_____ \$	Budget :	_____ \$
Accompagnateur =	Transport :	_____ \$	Repas/hébergement :	_____ \$	TOTAL :	_____ \$	Budget :	_____ \$
						<b>GRAND TOTAL :</b>	_____ \$	<b>\$</b>

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

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

POLITIQUE DE DÉPLACEMENT DES USAGERS  
Formulaire de réclamation pour frais de déplacement  
(cas oncologiques)

**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 ? \_\_\_\_\_

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 l'établissement HORS RÉGION où l'utilisateur reçoit ses soins de santé ( 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 ou personne habilitée  
dans l'établissement receveur

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

\_\_\_\_\_  
Date

Étampe :