

SECTION 2 : JUSTIFICATION DU DÉPLACEMENT

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

Diagnostic : _____

Quelle est la spécialité médicale requise pour l’état clinique de l’usager et non disponible en région?

Examen ou traitement spécialisé requis : _____

Nom du médecin spécialiste ou médecin receveur : _____

Nom de l’établissement auquel vous réferez l’usager : _____

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’usager à cet établissement? _____

Si en raison du délai, veuillez indiquer le nombre de mois d’attente en région : _____

Est-ce un soin ou un service assuré par la RAMQ? ☐ Oui ☐ Non

Explications : _____

Compte tenu de l’état de santé ou de l’autonomie de l’usager, un accompagnateur est-il requis? ☐ Oui ☐ Non

Identification du médecin traitant (en lettres moulées) : _____

Établissement auquel il est rattaché : _____

Signature du médecin traitant

Date

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

Vous devez demander au spécialiste ou au responsable du service spécialisé à l’établissement auquel vous êtes référé hors région de compléter la section suivante :

Nom du médecin rencontré : _____

Spécialité : _____

Identification du traitement reçu : _____

_____ Date de la consultation : ____/____/____

La ou les dates de la ou des prochaines consultations ou des suivis, s’il y a lieu : _____

Nom de l’établissement de destination : _____

Signature du médecin traitant

Date

Numéro de téléphone des
personnes-ressources
dans les CSSS
de l’Abitibi-Témiscamingue

CSSS de Rouyn-Noranda

819 764-5131, poste 13104

CSSS des Aurores-Boréales

819 782-4661, poste 3277

CSSS Les Eskers de l’Abitibi

819 732-3341, poste 2152

CSSS du Témiscamingue

819 622-2773, poste 4237

CSSS de la Vallée-de-l’Or

819 825-5858, poste 2420



Agence de la santé
et des services
sociaux de l’Abitibi-
Témiscamingue
Québec



PROGRAMME

d’aide financière

pour le déplacement
des usagers



du réseau de la santé
et des services sociaux de

l’Abitibi-Témiscamingue

Québec

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'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;
- 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'usager 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'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 reçus d'essence ou du billet d'autobus;
- pour les usagers recevant des traitements de radio-oncologie : 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'usager (200 kilomètres pour un aller-retour). Une allocation de 0,13 \$ par kilomètre supplémentaire parcouru est accordée par l'établissement de santé et de services sociaux. Le kilométrage est calculé au départ du CSSS de la ville de résidence de l'usager.

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'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 pouvait être accompagné d'une personne.

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'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 150 \$ est allouée à l'usager pour les frais de repas et d'hébergement. Ce montant inclut le coucher de l'accompagnateur lorsque requis par la prescription médicale.

Une allocation de 40 \$ est allouée à l'accompagnateur dont la présence a été prescrite par le médecin pour les frais de repas.

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.

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.

L'usager de moins de 18 ans peut en tout temps être accompagné d'un des deux parents, sans ordonnance du médecin.

POLITIQUE DE DÉPLACEMENT DES USAGERS
Formulaire de réclamation pour frais de déplacement à plus de 200 Km

SECTION 1 : L'USAGER

Nom et prénom : Adresse :

Nom des parents si moins de 18 ans : Ville :

Code postal :

Date de naissance : / / Téléphone résidence : - -

No assurance-maladie : Téléphone bureau ou cellulaire : - -

Date d'expiration :

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

Commission de la santé et de la sécurité du travail : oui non
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (Sécurité du revenu) : oui non
Programme transport-hébergement pour personnes handicapées : oui non
Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) : oui non
Autres :

Mode de transport utilisé :

Pour l'aller : automobile autobus autre transfert Date de départ :
Pour le retour : automobile autobus autre transfert Date de retour :

Veuillez joindre à ce formulaire :

- vos reçus d'essence ou d'autobus;
- vos reçus du lieu d'hébergement (hôtel, maison de la Fondation du cancer, manoir Ronald Mc Donald, etc.).

Veuillez présenter votre demande de remboursement dans un délai maximum de 90 jours suivant le retour.

L'usager (soussigné) :

- affirme avoir pris connaissance et répondre aux critères de la Politique de déplacement;
- affirme n'avoir reçu aucune somme pouvant couvrir ni en partie ni en totalité les frais réclamés;
- certifie l'exactitude des renseignements fournis;
- autorise le CSSS et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale à échanger toute information pertinente.

Signature de l'usager ou de la personne responsable

Date

ESPACE RÉSERVÉ À L'ÉTABLISSEMENT

aller retour Destination : Montréal Gatineau Autre :
Moyen utilisé : Voiture Autobus Autre :
Transport : \$ Nuitée : \$ Accompagnateur : \$ Total : \$
Budget :
Autorisé par : Date :
Approuvé par : Date :