

DÉPLACEMENT HORS-RÉGION

IMPORTANT : Avant d'effectuer le déplacement, le médecin référant complète la partie 3 de ce formulaire et le remet ensuite à l'usager. Par la suite, l'usager fera compléter la partie 4 par le médecin consulté. Il vous revient de compléter les parties 1 et 2 et de faire parvenir ce formulaire, par courrier, dans les 90 jours, pour fins de remboursement à : **M. Nicolas Fortin, CSSS Maria-Chapdelaine, 2000, boul. Sacré-Cœur, Dolbeau-Mistassini (Québec), G8L 2R5.**

Parties 1 et 2 : Complétées par l'usager

1. Identification de l'usager

Nom : _____ Date naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Si enfant mineur, paiement à l'ordre de :

2. Renseignements sur le déplacement

Destination (nom du centre hospitalier/ville) située à plus de 250 km: _____

Date du rendez-vous : _____

Date du déplacement : (aller) : _____ (retour) : _____

Moyen de transport : Véhicule personnel

Hébergement (s'il y a lieu) :

Transport en commun

Nombre de nuitées : _____

L'usager affirme avoir pris connaissance des principaux critères d'admissibilité pour une compensation financière (voir au verso) et confirme l'exactitude des renseignements fournis.

Signature de l'usager (ou tuteur) :

Partie 3 : Complétée par le médecin référant (1 fois)

3. Prescription du médecin référant pour un soin ou service à l'extérieur de la région

Nom du médecin référant (en lettres moulées) : _____

Nature du service prescrit (examen, intervention, traitement) : _____

Spécialité : _____

Accompagnateur médicalement requis pour ce déplacement : Oui Non

Justification : _____

Signature du médecin référant

Date

Partie 4 : Complétée par le médecin consulté à la première visite (les autres visites : fournir une attestation de visite)

4. Attestation du médecin consulté à l'extérieur de la région

Nom du médecin consulté et spécialité (en lettres moulées) : _____

Nature du service rendu (examen, intervention, traitement) : _____

Signature du médecin consulté

Date

Partie réservée à l'usage du CSSS

Approuvé par : _____

Coordonnateur, Responsable de la politique de déplacements

Date

Nombre de kilomètres :		\$
Transport en voiture ou		\$
Transport en commun :		\$
Nombre de nuitées :	_____ x _____ (taux)	\$
Forfait repas admissibles :	_____ x _____ (taux)	\$
Accompagnateur autorisé (repas) :	_____ x _____ (taux)	\$
Allocation accordée :		\$
Complété par :		Date :

Déplacement hors-région

ADMISSIBILITÉ GÉNÉRALE À L'AIDE FINANCIÈRE

- ✓ Vous êtes reconnu résident du Québec et habitez au Saguenay-Lac-Saint-Jean.
- ✓ Un médecin reconnu par l'hôpital du territoire où vous habitez **vous a prescrit des services dans le réseau public, qui sont assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et qui sont non disponibles dans la région.**
- ✓ Il y a 250 km ou plus qui séparent votre lieu de résidence et l'établissement du réseau de la Santé et des Services sociaux où vous allez recevoir les services.

CE QUE VOUS DEVEZ FAIRE POUR OBTENIR UNE AIDE FINANCIÈRE

AVANT LE DÉPLACEMENT

- ✓ Vous devez faire compléter la partie 3 du formulaire « Demande pour déplacement des usagers de la région (volet électif) » par votre médecin traitant (référant).

LORS DU DÉPLACEMENT

- ✓ Vous devez faire compléter le formulaire (partie 4) par votre médecin consultant qui vous a donné le service à plus de 250 km.

APRÈS LE DÉPLACEMENT (Au plus tard 90 jours pour fins de remboursement) :

- ✓ Vous devez vous assurer que les parties 1, 2, 3 et 4 du formulaire sont dûment complétées selon les informations décrites.

- ✓ Veuillez faire parvenir par courrier votre formulaire « Déplacement hors-région » à :

M. Nicolas Fortin
CSSS Maria-Chapdelaine
2000, boul. Sacré-Cœur
Dolbeau-Mistassini (Québec) G8L 2R5

L'AIDE FINANCIÈRE À LAQUELLE VOUS AVEZ DROIT

C'est l'hôpital du territoire où vous résidez qui fera le calcul de l'aide financière à laquelle vous avez droit.

Voici la base du calcul de l'aide financière :

Pour votre transport :

- ✓ Si vous utilisez **votre voiture**, votre allocation correspondra au nombre de kilomètres parcourus entre votre résidence et l'hôpital hors région X **0,13 \$ du kilomètre.**

Un déductible de 250 km pour un aller-retour et un déductible de 125 km pour un aller ou retour simple seront appliqués.

- ✓ Si vous prenez **l'autobus**, l'hôpital de votre territoire vous remboursera le coût du billet (taxi, métro, et autres transports exclus).

Pour votre hébergement-repas :

Si vous n'avez pas à coucher à l'extérieur, vous recevrez 20 \$ pour couvrir vos frais de repas.

Si vous devez coucher à l'extérieur, vous êtes admissible à un maximum d'une nuitée si vous êtes référé à Québec et de deux nuitées à Montréal ou Sherbrooke. Vous serez ainsi admissible à :

- ✓ Une allocation de 75 \$ (incluant repas) par nuitée admissible si vous couchez à l'hôtel, chez des amis ou chez la parenté.

L'AIDE FINANCIÈRE POUR VOTRE ACCOMPAGNATEUR

Dans le cas où vous devez, sur prescription médicale, être accompagné, voici l'aide financière qui vous sera accordée.

Pour son transport :

Le coût de son billet d'autobus si celui-ci vous accompagne lors du voyage (reçu exigé). Si vous co-voiturez, il n'y a pas de supplément.

Pour ses repas :

Une allocation de 20 \$ par jour pour compenser ses frais de repas uniquement.

N. B. : À l'exception du billet d'autobus, il est inutile de nous faire parvenir les différentes factures associées à vos déplacements.

CAS PARTICULIERS

- ✓ Si vous êtes inscrit, via le CSSS de Chicoutimi, au programme ministériel en radio-oncologie, les frais de transport sont remboursables sans tenir compte du déductible.

Pour plus d'information, veuillez communiquer avec le responsable de l'établissement :

M. Nicolas Fortin
418 276-1234, poste 3910
CSSS Maria-Chapdelaine

Agence de la santé
et des services sociaux
du Saguenay-
Lac-Saint-Jean

Québec

En collaboration avec tous les CSSS de la région
(mise à jour : 21 déc. 2006)