

## DEMANDE POUR DÉPLACEMENT DES USAGERS DE LA RÉGION (VOLET ÉLECTIF)

**IMPORTANT :** Avant d'effectuer le déplacement, le médecin référant complète la partie 3 de ce formulaire et le remet ensuite à l'utilisateur. Par la suite, l'utilisateur 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 dans les 90 jours, pour fins de remboursement à :

Sara Girard, CSSS de Jonquière, Direction du Programme de santé physique,  
2230 rue de l'Hôpital, C.P. 1200 Jonquière G7X 7X2 Tél. : 418 695-7700 poste 2687.

### Parties 1 et 2 : Complétées par l'utilisateur

#### 1. Identification de l'utilisateur

Nom : \_\_\_\_\_ Date naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
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'utilisateur 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'utilisateur (ou tuteur) : \_\_\_\_\_

### Partie 3 : Complétée par le médecin référant

#### 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

#### 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 : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Coordonnateur, responsable de la politique de déplacements

				Nature
Transport en voiture :	Nombre de km : _____		\$	66130
Transport en commun :	Spécifier : _____		\$	66130
Nombre de nuitées :	_____ x _____ (taux)		\$	66190
Forfait repas admissibles :	_____ x _____ (taux)		\$	66150
Accompagnateur autorisé (repas) :	_____ x _____ (taux)		\$	66150
Service de dépenses :		740400		
Allocation accordée :			\$	
Complété par :		Date :		



## Déplacement hors région : Demande d'aide financière

### 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 non disponibles ou accessibles dans la région.**
- ✓ **Vous devez vous déplacer à plus de 250 km** à l'aller pour recevoir les services prescrits par un médecin de la région.

### CE QUE VOUS DEVEZ FAIRE POUR OBTENIR UNE AIDE FINANCIÈRE

#### AVANT LE DÉPLACEMENT

- ✓ Confirmez votre admissibilité à une aide financière, **avant de vous déplacer**, auprès de la personne désignée à votre hôpital.
- ✓ Complétez le formulaire au verso.
- ✓ Assurez-vous de faire compléter la section 3 par votre médecin à chaque nouvelle demande.

#### LORS DU DÉPLACEMENT

- ✓ Assurez-vous de faire compléter la section 4 intitulée « attestation du médecin consulté à l'extérieur de la région ».
- ✓ Vous devez également vous procurer une attestation de coucher le cas échéant.

### APRÈS LE DÉPLACEMENT (Au plus tard 90 jours)

- ✓ Veuillez transmettre le formulaire dûment complété à la personne responsable de la politique de déplacement des usagers de l'hôpital de votre territoire de résidence.

### 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 km parcourus entre votre résidence et l'hôpital hors région **X 0.13 \$ du km.**

Un déductible de 250 km pour un aller-retour et un déductible de 125 km pour un aller ou un 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

Si vous avez un accompagnateur (sur prescription médicale s'il s'agit d'un usager de 18 ans et plus), vous pourrez également réclamer pour celui-ci.

#### 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.

### CAS PARTICULIERS

- ✓ Vous êtes inscrit, via le CSSS de Chicoutimi, au programme ministériel en radio-oncologie.
- ✓ Votre médecin a prescrit votre hébergement dans une maison dédiée aux personnes en attente d'une transplantation ou nouvellement greffées.

**Pour plus d'informations, veuillez communiquer avec la personne responsable de l'établissement :**

**Madame Sara Girard**  
**418 695-7700 poste 2687**  
**CSSS de Jonquière**