

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

<p>DECLARATION DE L'USAGER Cochez l'agent payeur qui s'applique à votre situation</p> <p><input type="checkbox"/> Programme de transport, hébergement pour personnes handicapées (mission CLSC)</p> <p><input type="checkbox"/> Programme d'aide sociale Autres : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun</p>	<p>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 l'adresse suivante: CIUSSS - Hôpital de Chicoutimi Déplacement des usagers de la région - Aile F 5^e étage 305, St-Vallier Chicoutimi G7H 5H6 Tél. : 418 541-1065 Fax : 418 541-1163</p>
--	--

À compléter par l'utilisateur

PARTIE 1. Identification de l'utilisateur (À COMPLÉTER PAR L'USAGER)

Nom : _____ Date naissance : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Si enfant mineur, paiement à l'ordre de : _____

PARTIE 2. Renseignements sur le déplacement (À COMPLÉTER PAR L'USAGER)

Destination (nom du centre hospitalier/ville) située à plus de 200 km : _____

Date du rendez-vous : _____

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

Moyen de transport : Véhicule personnel Hébergement (s'il y a lieu) : Du : _____ Au : _____

Transport en commun Hospitalisation (s'il y a lieu) Du : _____ Au : _____

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) : _____

À compléter par le médecin référant

PARTIE 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 : _____

Cette spécialité est-elle disponible dans notre région : Oui Non

Si oui, veuillez justifier la raison pour la non-consultation du spécialiste régional : _____

Signature du médecin référant _____ Date _____

À compléter par le médecin de l'extérieur

PARTIE 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) : _____

Veuillez préciser si :

Traitement lié à un cancer (radiothérapie, chimiothérapie, etc.) Spécifier : _____

Traitement lié à une greffe Spécifier : _____

Accompagnateur médicalement requis pour ce déplacement : Oui Non

Justification : _____

Signature du médecin consulté _____ Date _____

PARTIE RÉSERVÉE À L'USAGE DE L'HÔPITAL DE CHICOUTIMI

Transport en voiture :	Nombre de km :	_____	\$
Transport en commun :	Spécifier :	_____	\$
Nombre de nuitées :	_____ x 75,00 \$ (taux)	_____	\$
Forfait repas admissibles :	_____ x 20,00 \$ (taux)	_____	\$
Accompagnateur autorisé (repas) :	_____ x 20,00 \$ (taux)	_____	\$
Allocation accordée :			_____ \$
Complété par :	_____	Date :	_____
Approuvé par :	_____	Date :	_____
Responsable de la politique de déplacement			

Déplacement hors région : Demande d'aide financière

ADMISSIBILITÉ GÉNÉRALE 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 200 km à l'aller pour recevoir les services prescrits par un médecin de la région.
- ✓ Vous ne devez pas être admissible à un autre programme de remboursement (Aide sociale, Programme de transport, hébergement pour personnes handicapées du CLSC, etc.)

CE QUE VOUS DEVEZ FAIRE POUR OBTENIR UNE AIDE FINANCIÈRE

AVANT LE DÉPLACEMENT

- ✓ Confirmez votre admissibilité à une aide financière auprès de la personne désignée à votre hôpital. Toute consultation subséquente devra être autorisée à nouveau.
- ✓ Complétez le formulaire au verso.
- ✓ Assurez-vous de faire compléter la section 3 par votre médecin.

LORS DU DÉPLACEMENT

- ✓ Assurez-vous de faire compléter la section 4 intitulée « attestation du médecin consulté à l'extérieur de la région ».

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.

AIDE FINANCIÈRE LA QUÉBÉC VOUS AVEZ DROIT (CAS ÉLECTIF)

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

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 200 km pour un aller-retour et un déductible de 100 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 (exclus taxi, métro, et autres transports) sur présentation du reçu.

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 (1) nuitée si vous êtes référés à Québec et de deux (2) 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. Une preuve de coucher est obligatoire. Vous devez soit fournir la facture d'hôtel, une facture d'essence ou de restaurant datée de la journée avant ou après la date de votre rendez-vous.

AIDE FINANCIÈRE CAS PARTICULIERS

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 faites du covoiturage, il n'y a pas de supplément.

Pour ses repas :

Une allocation de 20 \$ par journée admissible pour compenser ses frais de repas uniquement, selon les mêmes barèmes que l'usager en fonction d'hébergement-repas.

CAS PARTICULIERS

- ✓ Pour un patient en attente de greffe
 - Les remboursements des frais de transport sont les mêmes que ceux énumérés plus tôt dans ce dépliant.
 - Pour l'hébergement, nous remboursons les frais des maisons d'hébergement ou hôtelières reconnues par le MSSS jusqu'à un maximum de 25 \$ par nuitée, et ce, pour la durée du séjour, pour vous et votre accompagnateur si médicalement requis. Cependant, pendant votre hospitalisation, nous ne pouvons payer pour l'accompagnateur. (Joindre la facture)
 - En cas de non-disponibilité de chambres dans les ressources d'hébergement reconnues (sur présentation d'une preuve) les modalités prévues pour les cas électifs sont appliquées.
- Pour le 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, sans le déductible prévu pour les cas électifs.
- Si vous prenez l'autobus, l'hôpital de votre territoire vous remboursera le coût du billet (taxi, métro, et autres transports exclus) sur présentation du reçu.

Note de service

DESTINATAIRES : Médecins omnipraticiens et spécialistes

EXPÉDITEUR : Dr Donald Aubin, directeur des services professionnels

DATE : 13 décembre 2017

OBJET : Aide financière aux usagers – cas électifs

Suite à quelques plaintes adressées au commissaire aux plaintes de la région et même au protecteur du citoyen du Québec, nous trouvons important de faire un rappel à tous les médecins omnipraticiens et spécialistes de l'existence de la Politique de déplacement des usagers, volet déplacement électif (consultation pour des soins et/ou des services non disponibles dans la région).

Cette information est importante afin que le médecin référant puisse renseigner adéquatement l'utilisateur avant son départ pour que ce dernier puisse faire les démarches nécessaires auprès du CIUSSS. Ainsi, selon l'admissibilité, l'utilisateur pourrait bénéficier d'une aide financière de la part du CIUSSS en ayant toutes les pièces justificatives pertinentes, dont la portion du formulaire complétée par le médecin qui le réfère à l'extérieur de notre région.

De telles démarches de la part de l'utilisateur avec le CIUSSS permettent aussi d'offrir du support à des usagers qui n'auraient pas été identifiés autrement dans nos continuums de soins. Certains de ces usagers ne seraient pas connus des services multidisciplinaires offerts dans la région (cancérologie entre autres) alors qu'ils sont directement référés à l'extérieur de la région.

Ce programme a pour but de procurer aux usagers admissibles une aide financière pour obtenir des soins et services de santé non disponibles dans la région et situés à plus de 200 km aller.

L'aide financière permet de rembourser à l'utilisateur une **partie** des frais de séjour et de déplacement aller-retour, de sa résidence vers l'établissement du réseau de la santé et des services sociaux le plus rapproché, en mesure de fournir les soins ou services médicalement requis.

Les personnes qui doivent se déplacer à l'extérieur de la région et qui souhaiteraient bénéficier de ce programme sont invitées à prendre connaissance des critères d'admissibilité et des modalités d'accès au programme **avant** le déplacement éventuel.

Dépliant et formulaire de réclamation

La Politique de déplacement des usagers éditée par le MSSS est disponible sur le site Internet du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean dans l'onglet soins et services/aide financière à l'adresse électronique suivante :

<http://santesaglac.com/soins-et-services/aide-financiere/deplacement-des-usagers>