

Ce programme d'aide financière vise à soutenir les usagers de la Gaspésie qui doivent se déplacer, à la demande de leur médecin, sur de longues distances afin de recevoir des soins et des services non disponibles localement. Les montants sont versés sous forme d'allocation permettant d'alléger les coûts reliés aux frais de déplacement et de séjour.

## CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

- Être résident du Québec et domicilié dans la région de la Gaspésie ;
- Avoir reçu, de son médecin, une ordonnance médicale pour des soins et services couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec ;
- Se déplacer vers l'établissement du réseau le plus rapproché et situé à 200 km et plus de sa résidence ou de l'établissement où il reçoit habituellement les soins et services de base ;
- Demander au médecin de préciser sur le formulaire de réclamation, sauf si l'utilisateur a moins de 18 ans ou est atteint d'une incapacité sévère, si un accompagnateur est requis.

## EXCLUSIONS

- Les frais de séjour et de déplacement admissibles à un remboursement par un autre programme d'aide financière (1<sup>er</sup> agent payeur) ne seront pas remboursés à l'utilisateur ;
- L'utilisateur doit assumer l'ensemble des frais inhérents à son déplacement lorsqu'il choisit d'être dirigé vers un établissement autre que celui le plus rapproché où le service est offert, et ce, pour des raisons personnelles ou sur recommandation de son médecin.

## AIDE FINANCIÈRE ALLOUÉE

Frais de déplacement

- Allocation de 0,21 \$ par kilomètre parcouru<sup>1</sup> pour l'aller et le retour entre l'établissement où il reçoit habituellement les soins et l'établissement qui fournira les services requis, moins un déductible de 200 kilomètres lorsqu'une automobile est utilisée pour le déplacement ;

OU

- Coût du transport en commun aller-retour au tarif le plus économique entre la localité de la résidence de l'utilisateur et l'établissement qui fournira les services requis (pièces justificatives requises). Si le médecin a prescrit un accompagnateur familial ou social, les frais de transport en commun seront aussi remboursés (pièces justificatives requises).

Frais d'hébergement et de séjour

- Un montant forfaitaire de 115.24 \$ par nuitée est accordé à l'utilisateur pour les repas et l'hébergement. Si le médecin a prescrit un accompagnateur familial ou social, un montant forfaitaire de 49.35 \$ par nuitée sera accordé pour les frais de repas.
- Le nombre de nuitées est calculé en fonction de la région de destination:
  - Gaspésie et Bas-St-Laurent : une nuitée.
  - Autres régions : deux nuitées.
- L'utilisateur doit fournir une pièce justificative pour l'hébergement

\* Les montants alloués seront indexés au 1<sup>er</sup> avril de chaque année.

## MESURES SPÉCIFIQUES

Certaines particularités pourraient s'appliquer pour un usager qui :

- doit recevoir des services en oncologie, ou tout autre traitement relié au cancer, en attente de greffe ou post greffe ;
- se déplace dans un établissement autre que celui le plus rapproché offrant le service pour une spécialité dont les délais d'attente sont supérieurs aux délais d'attente reconnus.

L'utilisateur, dans l'une de ces situations, doit s'adresser à l'établissement de santé qu'il fréquente habituellement pour vérifier les modalités.

## PROCÉDURE DE RÉCLAMATION

Les usagers doivent présenter le formulaire de réclamation dûment rempli et signé par les personnes concernées ainsi que les pièces justificatives requises **dans un délai de 90 jours suivant la date du rendez-vous.**

Celui-ci doit être acheminé à l'établissement de santé situé sur le territoire où réside l'utilisateur. Les formulaires incomplets ou contenant des informations inexactes peuvent être refusés.

## OÙ VOUS ADRESSER :

Par courriel :

[deplacement.usager.cisssgaspesie@ssss.gouv.qc.ca](mailto:deplacement.usager.cisssgaspesie@ssss.gouv.qc.ca)

### Municipalités de Coin-du-Banc à Manche-d'Épée

Hôpital de Gaspé  
215, boulevard de York Ouest  
Gaspé (Québec) G4X 2W2  
Tél. : 418 368-2349, poste 3124

### Municipalités de Canne-de-Roches à Port-Daniel

Hôpital de Chandler  
451, rue Mgr Ross Est  
Chandler (Québec) G0C 1K0  
Tél. : 418 689-2261, poste 2141

### Municipalités de Gros-Morne à Capucins

Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts  
50, rue du Belvédère  
Ste-Anne-des-Monts (Québec) G4V 1X4  
Tél. : 418 763-2261, poste 3222

### Municipalités de l'Ascension à Shigawake

Hôpital de Maria  
419, boulevard Perron  
Maria (Québec) G0C 1Y0  
Tél. : 418 759-3443, poste 1093

**Note:** Pour toute précision ou information supplémentaire au sujet de ce programme, les usagers peuvent consulter la Politique de déplacement des usagers du CISSS de la Gaspésie à l'adresse suivante :

[cisss-gaspesie.gouv.qc.ca/soins-et-services/aide-financiere-pour-le-deplacement-des-usagers](http://cisss-gaspesie.gouv.qc.ca/soins-et-services/aide-financiere-pour-le-deplacement-des-usagers)

# PROGRAMME RÉGIONAL D'AIDE FINANCIÈRE

POUR LE DÉPLACEMENT DES USAGERS  
(200 kilomètres et plus)



**ATTENTION : Votre demande doit nous être soumise dans un délai de 90 jours suivant votre date de rendez-vous**

Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
de la Gaspésie  
Québec

## FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

(Programme d'aide financière pour les déplacements de 200 km et plus)

### INSTRUCTIONS :

- Veuillez vous assurer que chacune des sections de ce formulaire soit bien complétée et que les pièces justificatives requises soient jointes à celui-ci.

**ATTENTION :** Veuillez présenter votre réclamation à l'établissement situé sur le territoire de votre municipalité de résidence, et ce, DANS UN DÉLAI DE 90 JOURS SUIVANT LA DATE DE RENDEZ-VOUS.

### SECTION 1 : À REMPLIR PAR L'USAGER

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

N° civique

Rue

Ville

Province

Code postal

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

N° assurance maladie: \_\_\_\_\_

Paiement au nom de: \_\_\_\_\_

Uniquement si l'utilisateur est âgé de moins de 18 ans ou atteint d'incapacité sévère

Désirez-vous adhérer au paiement par dépôt direct? **Oui**  **Non**

Si oui, veuillez fournir, avec ce formulaire, un spécimen de chèque avec la mention **annulé** et votre adresse courriel pour fin de confirmation de paiement:

Adresse courriel: \_\_\_\_\_

Êtes-vous bénéficiaire ou admissible à l'un des programmes suivants (1<sup>er</sup> agent payeur):

Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) **Oui**  **Non**

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (aide sociale) **Oui**  **Non**

Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) **Oui**  **Non**

Transport-hébergement des personnes vivant avec un handicap (CISSS de la Gaspésie) **Oui**  **Non**

Programme Santé Canada autochtone **Oui**  **Non**

Nous autorisez-vous à faire des vérifications auprès des instances concernées? **Oui**  **Non**

Moyen de transport utilisé: \_\_\_\_\_

Signature de l'utilisateur

(ou de la personne responsable, si l'utilisateur est mineur ou inapte)

Date

**\*Aucune copie des documents fournis ne sera retournée**

### SECTION 2 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN QUI PRESCRIT LE DÉPLACEMENT

(OU JOINDRE UNE COPIE DE LA PRESCRIPTION DE VOTRE MÉDECIN)

Raison de référence (spécialité): \_\_\_\_\_

Nom du médecin receveur: \_\_\_\_\_

Établissement receveur et ville: \_\_\_\_\_

S'agit-il de l'établissement le plus rapproché offrant le service? **Oui**  **Non**

Si non, veuillez préciser la raison: \_\_\_\_\_

Si en raison du délai, veuillez mentionner le nombre de mois d'attente: \_\_\_\_\_

(Sous réserve de la validation par l'établissement)

Un accompagnateur familial ou social est-il requis? Si oui, initiales du médecin: \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant

Signature du médecin ou de son représentant autorisé\*

Date

### SECTION 3 : À FAIRE REMPLIR PAR L'ÉTABLISSEMENT RECEVANT L'USAGER

Nom du médecin receveur: \_\_\_\_\_

Spécialité: \_\_\_\_\_

Établissement receveur et ville: \_\_\_\_\_

Soins payés par la RAMQ? **Oui**  **Non**

Première consultation  ou suivi

Si suivi, un accompagnateur familial ou social est-il requis? Si oui, initiales du md.: \_\_\_\_\_

Résumé des soins ou services reçus: \_\_\_\_\_

Date du rendez-vous en consultation: \_\_\_\_\_

Date de l'hospitalisation, le cas échéant, du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Signature du médecin receveur

Signature du médecin ou de son représentant autorisé

Date

\*Le représentant autorisé du médecin peut être un intervenant professionnel ou un technicien de l'établissement receveur qui peut attester de la présence de l'utilisateur.

### SECTION 4 : ESPACE RÉSERVÉ AU SERVICE DES RESSOURCES FINANCIÈRES DE L'ÉTABLISSEMENT

Cette demande est:

Acceptée  Refusée

Motif du refus: \_\_\_\_\_

Aide financière allouée :

Kilométrage ou transport en commun: \_\_\_\_\_ \$

Nuitée(s) ou hôtellerie/usager: \_\_\_\_\_ \$

Nuitée(s) ou hôtellerie/accompagnateur: \_\_\_\_\_ \$

Total: \_\_\_\_\_ \$

Signature de la personne autorisée

Date