

## 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'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, **par courrier**, dans les 90 jours, pour fins de remboursement : **Déplacement hors-région CSSS Maria-Chapdelaine, 2000, boul. Sacré-Cœur, Dolbeau-Mistassini (Québec), G8L 2R5.**

Parties 1 et 2 : Complétées par l'utilisateur

### 1. Identification de l'utilisateur

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 200 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 (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

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

Si oui, justification de la non-consultation du spécialiste régional : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Coordonnateur, Responsable de la politique de déplacements

|                                   |                      |                 |
|-----------------------------------|----------------------|-----------------|
| 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) | _____ \$        |
| <b>Allocation accordée :</b>      |                      | <b>_____ \$</b> |

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 au Saguenay-Lac-St-Jean.**
- ✓ Il y a 200 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 200 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 » :

Déplacement hors-région  
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 200 km pour un aller-retour et un déductible de 100 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) (reçu exigé).

#### 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. Une preuve de coucher est obligatoire (soit fournir la facture d'hôtel ou une facture d'essence avec date à l'appui, c'est-à-dire que la date doit être de la journée avant ou après la date de votre rendez-vous).

### L'AIDE FINANCIÈRE POUR VOTRE ACCOMPAGNEUR

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

- ✓ Vous êtes un patient en attente de greffe dans une maison dédiée aux personnes en attente d'une transplantation ou un patient nouvellement greffé.

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

Déplacement hors-région  
418 276-1234, poste 3910  
CSSS Maria-Chapdelaine