

Ce programme d'aide financière vise à soutenir les usagers de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine 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 réseau¹ 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^{er} 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 0,20 \$ par kilomètre parcouru² pour l'aller et le retour entre la localité de la résidence de l'utilisateur et l'établissement qui fournira les services requis, moins un déductible de 200 kilomètres (ou 100 kilomètres lors d'un aller simple ou d'un retour seulement) lorsqu'une automobile est utilisée pour le déplacement ;

OU

- Coût du transport en commun aller-retour au tarif le plus économique (avion, train ou autobus) 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 108 \$ 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 46,25 \$/nuitée sera accordé pour les frais de repas ;
- Le nombre de nuitée est calculé en fonction de la région de destination pour un maximum de deux nuitées :
 - Gaspésie et Bas-St-Laurent : une nuitée ;
 - Autres régions : deux nuitées.

MESURES SPÉCIFIQUES

Certaines particularités pourraient s'appliquer pour un usager qui :

- réside dans l'ouest de la MRC d'Avignon devant se déplacer pour un suivi dans un établissement ciblé du Nouveau-Brunswick ;
- doit recevoir des services en radio-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.
- habite sur le territoire compris entre Ste-Anne-des-Monts et Grande-Vallée, exclusivement.

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 le déplacement (original requis)**. 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 inexacts peuvent être refusés).

Note : Pour toute précision ou information supplémentaire au sujet de ce programme, les usagers peuvent consulter la Politique de déplacement des usagers Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine sur le site Internet du CISSS de la Gaspésie à l'adresse suivante :

<https://www.cisss-gaspesie.gouv.qc.ca/soins-et-services/aide-financiere-pour-le-deplacement-des-usagers.html>

¹ Une mesure particulière s'applique pour les résidents à l'ouest de la MRC d'Avignon
² Selon la distance reconnue par le ministère des Transports du Québec

OÙ VOUS ADRESSER : SERVICES DES RESSOURCES FINANCIÈRES

Réseau local de services de La Côte-de-Gaspé

215, boulevard de York Ouest
Gaspé (Québec) G4X 2W2
Tél. : 418 368-3301, poste 3124
Télé. : 418 368-7116

Réseau local de services du Rocher-Percé

451, rue Mgr Ross Est
Chandler (Québec) G0C 1K0
Tél. : 418 689-2261, poste 2141
Télé. : 418 689-4104

Réseau local de services de La Haute-Gaspésie

50, rue du Belvédère
Ste-Anne-des-Monts (Québec) G4V 1X4
Tél. : 418 763-2261, poste 2030
Télé. : 418 763-1670

Réseau local de services de la Baie-des-Chaleurs

419, boulevard Perron
Maria (Québec) G0C 1Y0
Tél. : 418 759-3443
Pour les usagers résidant entre Escuminac et St-François, poste 1603
Pour les usagers résidant entre Nouvelle et St-Siméon, poste 2464
Pour les usagers résidant entre Bonaventure et Shigawake, poste 1073
Télé. : 418 759-5063

PROGRAMME RÉGIONAL D'AIDE FINANCIÈRE



POUR LE DÉPLACEMENT DES USAGERS

(200 kilomètres et plus)

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 ;
- 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 le déplacement ;

SECTION 1 : À REMPLIR PAR L'USAGER

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

N° civique

Rue

Ville

Province

Code postal

Date de naissance: _____

Téléphone: 418 _____

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.

Êtes-vous bénéficiaire ou admissible à l'un des programmes suivants (1^{er} 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: _____

(Si le transport en commun est utilisé, joindre l'original du billet)

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

Date

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: _____

Si le séjour est prolongé, date du dernier rendez-vous: _____

(Exemples de motifs: examen(s) prescrit(s) sur place, traitements et/ou consultations supplémentaires)

Date de l'hospitalisation, le cas échéant, du _____ au _____

Date du (des) prochain(s) rendez-vous en suivi, le cas échéant: _____

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