FORMULAIRE ADMINISTRATIF
Transports électifs

Santé Québec Montérégie-Ouest

À compléter par l' usager

PARTIE 1. Identification et déclaration de l'usager

Nom : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

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

PARTIE 2. Renseignements sur le déplacement et/ou l'hébergement
Merci d'ajouter les preuves de déplacements et de séjours

Destination (nom du centre hospitalier/ville) : _____

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

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

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

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

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

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

Séjour en hébergement (date de début) : _____ (date de fin) : _____

Séjour en hébergement (date de début) : _____ (date de fin) : _____

Séjour en hébergement (date de début) : _____ (date de fin) : _____

Séjour en hébergement (date de début) : _____ (date de fin) : _____

Séjour en hébergement (date de début) : _____ (date de fin) : _____

L'usager 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'usager : _____

À compléter par le médecin référent

PARTIE 3. Prescription du médecin référent pour un soin ou service à l'extérieur de la région

Nom du médecin référent : _____

Nom et spécialité du médecin consulté : _____

Nature du service prescrit :

- ○ Électif
- ○ Oncologie
- ○ En attente de greffe ou post-greffe

Signature du médecin référent : _____ Date : _____

PARTIE RÉSERVÉE À L'USAGE DE L'ADMINISTRATION

Transport en voiture :	Nombre de km : _____ x	0,24 $		_____$
Transport en commun :	Spécifier : _____			_____$
Nombre de nuitées (max. 2 jours) :	_____ x	125,91 $		_____$
Accompagnateur autorisé (repas) :	_____ x	53,92 $		_____$
Nuitées en hébergement reconnu par le MSPA et Santé Québec (pour greffe ou post-greffe) :	_____ x	40,83 $	Allocation totale accordée :	_____$
Complété par : _____			Date :	
Approuvé par : _____			Date :	

ADMISSIBILITÉ GÉNÉRALE À L'AIDE FINANCIÈRE

- ✓ Vous êtes reconnu résident du Québec et habitez le territoire de la Montérégie-Ouest.
- ✓ 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, ou vous répondez aux critères des cas particuliers.
- ✓ Vous ne devez pas être admissible à un autre programme de remboursement (programme de transport, hébergement pour personnes handicapées du CLSC, SAAQ, CNESST, etc.).

CE QUE VOUS DEVEZ FAIRE POUR OBTENIR UNE AIDE FINANCIÈRE

Avant le déplacement :

- ✓ Valider votre admissibilité à l'aide financière prévue dans la politique de déplacements des usagers.
- ✓ S'assurer de faire compléter la section 3 par votre médecin.

Après le déplacement :

- ✓ Présenter votre réclamation dans un délai maximum de 90 jours suivant le retour.
  Faire parvenir les documents à l'adresse courriel suivante : transport.usager.cisssmo16@sss.gouv.qc.ca

L'AIDE FINANCIÈRE À LAQUELLE VOUS AVEZ DROIT (CAS ÉLECTIF)

Pour votre transport :

- ✓ Le transport en commun le plus économique ou une compensation de 0,24 $ du km pour l'usage d'une automobile, moins une franchise de 200 km pour un aller-retour. La franchise est de 100 km pour un aller ou un retour simple (exclus taxi, métro et autres transports utilisés lors de votre séjour).
- ✓ Le coût du transport en commun le plus économique est également remboursé pour l'accompagnateur lorsque celui-ci est médicalement requis (demandé et autorisé par le médecin).
- ✓ Il est donc important de conserver vos reçus de transport en commun, si applicable.

Pour votre hébergement :

- ✓ 125,91 $ par nuitée à l'usager pour les frais de repas et d'hébergement pour un maximum de 2 nuitées selon la région d'accueil.
- ✓ 53,92 $ par jour pour compenser les frais de repas de l'accompagnateur familial ou social, lorsque médicalement requis pour un maximum de 2 nuitées selon la région d'accueil.
- ✓ Un usager admis ou inscrit n'a droit à aucune compensation pour son hébergement et ses repas.

L'AIDE FINANCIÈRE POUR CAS PARTICULIERS

Pour un usager en attente de greffe ou post-greffe

- ✓ Les remboursements des frais de transport sont les mêmes que ceux énumérés plus tôt dans ce formulaire.
- ✓ Pour l'hébergement et les repas, les frais des maisons d'hébergement ou d'hôtelleries reconnues par le ministère de la Santé, de la Prévention et des Aînés (MSPA) jusqu'à un maximum de 40,83 $ par nuitée, et ce, pour la durée du séjour, pour vous et votre accompagnateur si médicalement requis, sont remboursés.

Pour les usagers en oncologie

- ✓ Pour le remboursement des frais de transport, la franchise de 200 km ne s'applique pas.
- ✓ Pour l'hébergement et les repas, la contribution journalière des maisons d'hébergement ou d'hôtelleries reconnues par le MSPA, et ce, pour la durée du séjour, pour vous et votre accompagnateur si médicalement requis, sont remboursés.

Pour l'accompagnateur d'un usager en attente d'une greffe ou d'un usager en oncologie, si l'usager doit être admis lors de son séjour, la contribution journalière dès le moment du changement de statut de l'usager n'est plus remboursée.

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 généraux sont appliquées tant pour les usagers en attente d'une greffe que pour les usagers en oncologie.