

**SECTION 2** L'accompagnateur (s'il y a lieu)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
N° civique Rue Résidence  
Ville Province Code postal Travail

**SECTION 3** Médecin du Bas-Saint-Laurent qui prescrit le déplacement (ou joindre une copie de la prescription du médecin)

Raison de la référence (spécialité) : \_\_\_\_\_  
Nom du médecin (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_ N° de permis : \_\_\_\_\_  
S'agit-il de l'établissement le plus rapproché offrant le service?  Oui  Non  
Si non, spécifiez la raison : \_\_\_\_\_  
Un accompagnateur familial ou social est-il requis? Si oui, initiales du médecin : \_\_\_\_\_  
Signature du médecin du Bas-Saint-Laurent ou de la personne autorisée : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**SECTION 4** Établissement qui fournira les services requis

(estampe) \_\_\_\_\_  
Nom de l'établissement de destination : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
N° civique Rue  
Ville Province Code postal  
Nom du médecin hors région : \_\_\_\_\_  
N° de permis : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_  
Traitement reçu : \_\_\_\_\_

Date du rendez -vous : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Est-ce un suivi?  Oui  Non  
Année Mois Jour  
Accompagnateur requis par le médecin :  Oui  Non Service couvert par la RAMQ :  Oui  Non  
Date de l'hospitalisation : Du : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Au : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Année Mois Jour Année Mois Jour  
Signature du médecin hors région ou de la personne autorisée : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**SECTION 5** CISSS du Bas-Saint-Laurent (section réservée au Service de la comptabilité)

Date de réception : \_\_\_\_\_ Cette demande est :  Acceptée  Refusée  
Montant : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_ Code budgétaire : \_\_\_\_\_  
Description : \_\_\_\_\_  
Motif du refus (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_  
Signature de la comptabilité : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Vous devez vous déplacer pour recevoir des soins et des services de santé à 200 kilomètres ou plus?**

**Vous êtes peut-être admissible à une aide financière...**



**Programme d'aide financière aux usagers**

Ce programme s'adresse aux usagers de la région du Bas-Saint-Laurent qui doivent se déplacer à 200 kilomètres ou plus (aller seulement) de leur résidence ou de l'installation de leur territoire pour recevoir des soins et des services de santé non disponibles dans leur région ou lorsque les soins et les services ne sont pas disponibles dans un délai médicalement requis.

Ce programme d'aide financière s'appuie sur la *Politique de déplacement des usagers* du CISSS du Bas-Saint-Laurent. Vous pouvez consulter cette politique au [ciiss-bsl.gouv.qc.ca/remboursement](https://ciiss-bsl.gouv.qc.ca/remboursement).

## Critères d'admissibilité

Pour être admissible, l'utilisateur doit :

- Être résident du Québec;
- Avoir reçu de son médecin une ordonnance médicale (prescription) pour des services de santé et des services sociaux non disponibles dans la région du Bas-Saint-Laurent qui sont couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ);
- Se déplacer vers l'établissement de santé et de services sociaux le plus rapproché et qui est situé à 200 km ou plus<sup>1</sup> (aller seulement) de l'établissement de la région du Bas-Saint-Laurent où il reçoit habituellement les soins et les services ou de son lieu de résidence;
- Ne pas avoir reçu d'aide financière d'un autre programme.

Une personne peut être autorisée à accompagner l'utilisateur à la demande de son médecin. **Le médecin doit alors le spécifier sur l'ordonnance médicale** sauf dans le cas où l'utilisateur est âgé de moins de 18 ans. Dans ce cas, une preuve de la présence de l'accompagnateur peut être exigée (exemple : facture).

<sup>1</sup>Selon les distances routières établies par le ministère des Transports et de la Mobilité durable

## Remboursement des frais

Les montants ont été indexés en date du 1<sup>er</sup> avril 2024. Ils seront indexés automatiquement chaque année selon l'indice des prix à la consommation.

### Frais de déplacement

L'établissement rembourse à l'utilisateur le plus petit des montants suivants :

- Les frais d'utilisation d'un véhicule selon le *Tableau de l'allocation financière à l'utilisateur* disponible au [ciiss-bsl.gouv.qc.ca/remboursement](http://ciiss-bsl.gouv.qc.ca/remboursement) (correspond à 0,22 \$ du kilomètre moins un déductible de 200 km);
- Le coût du transport en commun.

### Frais de repas et d'hébergement

- L'établissement verse à l'utilisateur un montant pour compenser une partie des frais de repas et d'hébergement encourus lors de son déplacement (aller-retour). Ce montant est préétabli en fonction de la distance à parcourir (voir *Tableau de l'allocation financière à l'utilisateur* disponible au [ciiss-bsl.gouv.qc.ca/remboursement](http://ciiss-bsl.gouv.qc.ca/remboursement)). **Une preuve justificative pour l'hébergement est obligatoire (s'il y a lieu) depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2023.**
- Il est à noter que les montants établis sont **par jour de rendez-vous**.
- L'utilisateur a droit également à une allocation financière pour compenser une partie des frais de l'accompagnateur lorsque celui-ci est requis selon les critères d'admissibilité. Cette allocation correspond à 51,27 \$ de frais encourus par l'accompagnateur par tranche de 119,73 \$ de frais de repas et d'hébergement allouée à l'utilisateur.

### Pour toute question ou information supplémentaire

Courriel : [aidefinanciere200km.ciissbsl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:aidefinanciere200km.ciissbsl@ssss.gouv.qc.ca)

Téléphone : 1 866 724-5231 (option « Aide financière pour les déplacements de 200 km et plus »)

Formulaire de réclamation disponible au [ciiss-bsl.gouv.qc.ca/remboursement](http://ciiss-bsl.gouv.qc.ca/remboursement)

Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
du Bas-Saint-Laurent

Québec



Des modalités d'allocations financières particulières s'appliquent pour les usagers qui doivent se déplacer pour recevoir des services en **oncologie** ou qui sont en attente d'une **greffe** ou **post-greffe**. Pour obtenir des informations concernant les frais autorisés pour ces déplacements, contactez-nous aux coordonnées ci-dessous.

Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
du Bas-Saint-Laurent

Québec



Formulaire de réclamation  
(PROGRAMME D'AIDE FINANCIÈRE AUX USAGERS)

Veillez vous assurer que les **SECTIONS 1, 2** (s'il y a lieu), **3 et 4** de ce formulaire soient bien remplies, et que les pièces justificatives soient jointes à ce formulaire. Conservez vos reçus originaux pour votre déclaration d'impôt annuelle, car ceux-ci ne vous seront pas renvoyés. Les formulaires incomplets vous seront retournés.

Veillez faire parvenir ce formulaire **dans les 90 jours suivant votre déplacement à l'adresse suivante** :

CISSS du Bas-Saint-Laurent  
Service de la comptabilité  
800, avenue du Sanatorium  
Mont-Joli (Québec) G5H 3L6



## SECTION 1 L'utilisateur (veuillez remplir tous les champs)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
N° civique Rue Résidence

\_\_\_\_\_ Travail  
Ville Province Code postal

Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ N° d'assurance maladie : \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

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

Mode de transport utilisé : Aller : \_\_\_\_\_ Retour : \_\_\_\_\_

Moment du transport : Date de départ : \_\_\_\_\_ Date de retour : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà transmis une réclamation dans le cadre de ce programme?  Oui  Non

Êtes-vous bénéficiaire d'un programme d'aide financière offert par :

- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)  Oui  Non
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (Aide sociale)  Oui  Non
- Transport hébergement personnes handicapées (vous référer à votre CLSC)  Oui  Non
- Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)  Oui  Non
- Autre : \_\_\_\_\_  Oui  Non

Afin de déterminer l'agent payeur, nous autorisez-vous à faire les vérifications requises auprès des organismes concernés?  Oui  Non

**S'il s'agit d'une première demande, veuillez joindre à ce formulaire une photocopie de votre prescription médicale du médecin de la région du Bas-Saint-Laurent (ou lui faire remplir la SECTION 3 du formulaire) ainsi que votre spécimen de chèque.**

Signature de l'utilisateur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

