

Veillez vous assurer que les **SECTIONS 1, 2** (s'il y a lieu) **3 et 4** de ce formulaire sont bien remplies, et que les pièces justificatives sont 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  
aidefinanciere200km.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca

**SECTION 1 L'USAGER** (veuillez remplir tous les champs)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
N° civique Rue  
Ville Province Code postal

Téléphone : Rés. : ( ) \_\_\_\_\_ Travail : ( ) \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N° 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 de ce formulaire) ainsi que votre spécimen de chèque.**

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

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

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

N° civique Rue

Ville Province Code postal

Téléphone : Rés. : ( ) \_\_\_\_\_ 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 de médecin du Bas-Saint-Laurent ou de la personne autorisée : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**SECTION 4 L'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° permis : \_\_\_\_\_

Spécialité : \_\_\_\_\_

Traitement reçu : \_\_\_\_\_

Date de rendez-vous : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Est-ce un suivi? \_\_\_\_\_  
Année Mois JourDate de l'hospitalisation : Du : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Au : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour Année Mois JourAccompagnateur requis par le médecin pour le retour :  Oui  NonService couvert par la RAMQ :  Oui  Non

Signature de 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 du formulaire : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

Cette demande est :

Acceptée  Refusée

Les pièces justificatives ont été fournies :

Oui  Non

Montant accordé : _____	Motif du refus : _____
Description : _____	
Code budgétaire : _____	

Signature de la comptabilité : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_