

# Note de service

DESTINATAIRES : Médecins omnipraticiens et spécialistes

EXPÉDITEUR : Dr Donald Aubin, directeur des services professionnels

DATE : 13 décembre 2017

OBJET : Aide financière aux usagers – cas électifs

---

Suite à quelques plaintes adressées au commissaire aux plaintes de la région et même au protecteur du citoyen du Québec, nous trouvons important de faire un rappel à tous les médecins omnipraticiens et spécialistes de l'existence de la Politique de déplacement des usagers, volet déplacement électif (consultation pour des soins et/ou des services non disponibles dans la région).

Cette information est importante afin que le médecin référant puisse renseigner adéquatement l'utilisateur avant son départ pour que ce dernier puisse faire les démarches nécessaires auprès du CIUSSS. Ainsi, selon l'admissibilité, l'utilisateur pourrait bénéficier d'une aide financière de la part du CIUSSS en ayant toutes les pièces justificatives pertinentes, dont la portion du formulaire complétée par le médecin qui le réfère à l'extérieur de notre région.

De telles démarches de la part de l'utilisateur avec le CIUSSS permettent aussi d'offrir du support à des usagers qui n'auraient pas été identifiés autrement dans nos continums de soins. Certains de ces usagers ne seraient pas connus des services multidisciplinaires offerts dans la région (cancérologie entre autres) alors qu'ils sont directement référés à l'extérieur de la région.

Ce programme a pour but de procurer aux usagers admissibles une aide financière pour obtenir des soins et services de santé non disponibles dans la région et situés à plus de 200 km aller.

L'aide financière permet de rembourser à l'utilisateur une partie des frais de séjour et de déplacement aller-retour, de sa résidence vers l'établissement du réseau de la santé et des services sociaux le plus rapproché, en mesure de fournir les soins ou services médicalement requis.

Les personnes qui doivent se déplacer à l'extérieur de la région et qui souhaiteraient bénéficier de ce programme sont invitées à prendre connaissance des critères d'admissibilité et des modalités d'accès au programme avant le déplacement éventuel.

## Dépliant et formulaire de réclamation

La Politique de déplacement des usagers éditée par le MSSS est disponible sur le site Internet du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean dans l'onglet soins et services/aide financière à l'adresse électronique suivante :

<http://santesaglac.com/soins-et-services/aide-financiere/deplacement-des-usagers>

DEMANDE POUR DÉPLACEMENT DES USAGERS DE LA RÉGION (VOLET ÉLECTIF)

**DÉCLARATION DE L'USAGER**

Cocher l'agent payeur qui s'applique à votre situation

- Programme de transport, hébergement pour personnes handicapées (mission CLSC)
- Programme d'aide sociale Autres : \_\_\_\_\_
- Aucun

**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 dans les 90 jours, pour fins de remboursement à l'adresse suivante:  
CIUSSS - Hôpital de Chicoutimi  
Déplacement des usagers de la région - Aile F 5<sup>e</sup> étage  
305, St-Vallier Chicoutimi G7H 5H6  
Tél. : 418 541-1065 Fax : 418 541-1163

À compléter par l'utilisateur

**PARTIE 1: Identification de l'utilisateur (À COMPLÉTER PAR L'USAGER)**

Nom : \_\_\_\_\_ Date naissance : \_\_\_\_\_

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

Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Si enfant mineur, paiement à l'ordre de : \_\_\_\_\_

**PARTIE 2: Renseignements sur le déplacement (À COMPLÉTER PAR L'USAGER)**

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) : Du : \_\_\_\_\_ Au : \_\_\_\_\_

Transport en commun  Hospitalisation (s'il y a lieu) Du : \_\_\_\_\_ Au : \_\_\_\_\_

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) : \_\_\_\_\_

À compléter par le médecin référant

**PARTIE 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 : \_\_\_\_\_

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

Si oui, veuillez justifier la raison pour la non-consultation du spécialiste régional : \_\_\_\_\_

Signature du médecin référant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

À compléter par le médecin de l'extérieur

**PARTIE 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) : \_\_\_\_\_

Veuillez préciser si :

Traitement lié à un cancer (radiothérapie, chimiothérapie, etc.) Spécifier : \_\_\_\_\_

Traitement lié à une greffe Spécifier : \_\_\_\_\_

Accompagnateur médicalement requis pour ce déplacement : Oui  Non

Justification : \_\_\_\_\_

Signature du médecin consulté \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**PARTIE RÉSERVÉE À L'USAGE DE L'HÔPITAL DE CHICOUTIMI**

Transport en voiture :	Nombre de km : _____	\$ _____
Transport en commun :	Spécifier : _____	\$ _____
Nombre de nuitées :	_____ x 75,00 \$ (taux)	\$ _____
Forfait repas admissibles :	_____ x 20,00 \$ (taux)	\$ _____
Accompagnateur autorisé (repas) :	_____ x 20,00 \$ (taux)	\$ _____
Allocation accordée :		\$ _____
Complété par : _____	Date : _____	
Approuvé par : _____	Date : _____	

**Responsable de la politique de déplacement**