

FORMULAIRE D'ALLOCATION DE DÉPLACEMENT Pour rendez-vous électif

N° de dossier médical : _____ No de ° RAMQ : _____

Nom et prénom : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Date de naissance : _____

*****Un formulaire non adéquatement identifié entrainera des délais dans le traitement de la demande*****

SPÉCIFIER L'INSTALLATION

Basse-Côte-Nord 740470	Fermont 740441	Haute-Côte-Nord 740437	Manicouagan 740430	Minganie 740450	Port-Cartier 740460	Port-Menier 740451	Schefferville 740442	Sept-Îles 740480
---------------------------	-------------------	---------------------------	-----------------------	--------------------	------------------------	-----------------------	-------------------------	---------------------

1. SECTION DU MÉDECIN TRAITANT

Spécialité : _____ Nom du spécialiste _____

Établissement de destination : _____ Raison de consultation : _____

Je certifie que les services requis ne sont pas disponibles dans la région : Oui Non

Accompagnateur médicalement justifié OUI Critère # _____ Initiales du médecin _____ À soumettre au comité TDU NON

Agent payeur : CNESST SAAQ Autre

Nom du médecin : _____

Signature du médecin traitant

Numéro de permis

Date

2. AUTORISATION DU CISSS DE LA CÔTE-NORD

Date de rendez-vous : _____	Transport – Avion : <input type="checkbox"/>	(6615)
Ville autorisée : _____	Taxi, autobus, traversier, train : <input type="checkbox"/>	(6617)
N° de bon de commande : _____	Automobile personnelle : <input type="checkbox"/>	(6623)
Nbre de kilomètres (aller-retour) : _____	Hébergement et repas : <input type="checkbox"/>	(6625)
Nbre de nuits : _____	Aller-retour transport en commun : <input type="checkbox"/>	(6633)
Accompagnateur : <input type="checkbox"/>	Hébergement et repas (accompagnateur) : <input type="checkbox"/>	(6627)
	Avion, taxi, autobus, traversier, train (accompagnateur) : <input type="checkbox"/>	(6621)

ACCEPTÉE REFUSÉE

Total :

Numéro du fournisseur : _____

Signature de la personne autorisée

Date

Cette section doit être remplie
par le Service des finances

3. CONFIRMATION DES SOINS REÇUS

Signature du spécialiste : _____

permis : _____ Date : _____

Hospitalisation : Oui Non

Séjour du : _____ au _____

Timbre auto-encreur

LE FORMULAIRE D'ALLOCATION DE DÉPLACEMENT
Votre médecin vous réfère à un spécialiste?

Un programme d'aide financière est disponible. Demandez l'information à votre médecin ou à l'accueil de l'installation de votre territoire du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord. Vous pouvez aussi contacter le **1 833 838-0001** (lundi au vendredi de 8 h à 16 h).

Faire parvenir votre formulaire dans les 45 jours suivant votre rendez-vous (Délai de paiement : 6 semaines) :

Par la poste :

Secteur EST (Port-Cartier, Sept-Îles, Fermont, Minganie, Schefferville)

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord

Transport des usagers

1035, promenade des Anciens

Havre-Saint-Pierre (Québec) G0G 1P0

Secteur Ouest (Haute-Côte-Nord, Manicouagan)

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord

Transport des usagers

835, boulevard Jolliet

Baie-Comeau (Québec) G5C 1P5

Par courriel : 09.transport.usager@ssss.gouv.qc.ca

CRITÈRES :

- Fournir la signature du médecin traitant ou annexer la copie de la demande de consultation.
- Dans le cas d'un suivi médical, la partie du médecin traitant n'a pas à être signée par celui-ci.
- Le service doit être **couvert par la RAMQ**
- Le service doit être reçu à l'endroit le plus près de votre milieu de vie.
- Faire autoriser le formulaire **AVANT votre départ**, un délai de 48 heures est demandé (section 2).
- Fournir la signature du spécialiste que vous avez consulté (section 3).

AIDE FINANCIÈRE POUR TOUT DÉPLACEMENT DE PLUS DE 200 KM

REMBOURSEMENT			
FRAIS DE TRANSPORT	Automobile personnelle	0,21 \$ du km, selon la politique ministérielle en vigueur ¹	
	Transport en commun (autobus, traversier, train.)	Remboursement du coût du billet avec preuve justificative Un montant de 29 \$ sera ajouté pour l'aller-retour en transport en commun	
	Avion (zones isolées ²)	Remboursement du meilleur tarif (coûts des agences au frais de l'utilisateur) Un montant de 29 \$ sera ajouté pour l'aller-retour en transport en commun	
HÉBERGEMENT ET REPAS	Usager	115 \$/nuit (avec preuve justificative - 2 nuitées maximum)	
		49 \$ pour un aller-retour dans la même journée	
	Accompagnateur (demandé par le médecin traitant, selon les critères d'admissibilité)	49 \$/ nuit (maximum 2 nuitées)	
		49 \$ pour un aller-retour dans la même journée	
CAS PARTICULIERS Radio-oncologie et greffe ou Séjour de plus de 7 jours ou Hospitalisation d'un usager mineur ou d'un usager majeur inapte	Usager	0,21 \$ du km (Sans déductible de 200 km pour l'oncologie)	Remboursement du coût de l'hébergement quotidien, incluant les repas facturés dans une hôtellerie reconnue (avec preuve justificative) ou 216 \$ par semaine
		Accompagnateur	Remboursement du coût de l'hébergement quotidien, incluant les repas facturés dans une hôtellerie reconnue (avec preuve justificative) ou 98 \$ par semaine

¹ Le nombre de kilomètres remboursés est la distance aller-retour entre la ville de l'établissement où l'utilisateur reçoit habituellement ses soins et ses services de base ou son domicile et l'établissement qui lui fournira les services requis, moins le déductible de 200 km.

² L'utilisateur réside à Port-Menier, entre La Romaine et Blanc-Sablon, à Schefferville, à Fermont ou à Kawawachikamach.

Formulaire d'autorisation pour le dépôt direct

Moi, _____, autorise le CISSS de la Côte-Nord à déposer dans mon compte bancaire les montants reliés à la subvention admissible pour ce déplacement.

Nom du titulaire de compte : _____

Numéro de transit : _____ Numéro de succursale : _____ Numéro de compte : _____

Adresse courriel (si possible) : _____

Signature de l'utilisateur : _____

***** JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE *****

Veuillez conserver une copie de votre formulaire de demande, car aucun document ou sommaire des remboursements ne vous sera remis à nouveau pour votre réclamation d'impôt