

## PROGRAMME D'AIDE FINANCIÈRE

Il s'adresse aux usagers du CISSS de l'Outaouais qui doivent se déplacer à l'extérieur de la région, à la demande de leur médecin, pour recevoir des soins de santé et des services sociaux non disponibles en Outaouais.

Cette aide financière permet le remboursement d'une partie et non la totalité des frais de déplacement et d'hébergement incluant les repas.

## ADMISSIBILITÉ GÉNÉRALE À L'AIDE FINANCIÈRE

### Être résident du Québec;

- Avoir une ordonnance médicale pour des services de santé ou des services sociaux non disponibles dans la région;
- Se déplacer vers un établissement situé à l'extérieur de la région, à plus de 200 km de son domicile ou de l'installation où il reçoit habituellement ses soins en Outaouais;
- Ne pas être admissible à un autre programme de remboursement. (Programme de transport (SAAQ), Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), Hébergement pour personnes handicapées du CLSC, etc.);
- Se déplacer pour des soins et services couverts par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ).

## AIDE FINANCIÈRE DISPONIBLE (CAS ÉLECTIFS)

### Frais de transport

- **Utilisation du véhicule personnel**
- Une compensation de 0,21 \$ par kilomètre pour l'usage d'une automobile couvrant la distance aller et retour entre la municipalité de l'établissement où il reçoit habituellement ses soins et ses services et l'établissement qui lui fournira les services requit moins un déductible de 200 kilomètres.
- **Utilisation du transport en commun (autobus ou train)**
- Un montant maximal est remboursé au tarif régulier en vigueur sur présentation du reçu.

### Frais d'hébergement (incluant les repas)

- Une compensation maximale de 115,24 \$ par nuitée lors d'un déplacement est accordée à l'utilisateur pour supporter une partie des frais de repas et d'hébergement. Ce montant inclut le coucher de l'accompagnateur familial ou social lorsque requis. Toutefois, cette contribution est admissible si vous couchez à l'hôtel. L'hébergement chez la parenté ou amis, la compensation est de 22,25 \$ par nuitée, celle-ci sera accordée avec une lettre de confirmation de la personne qui héberge ainsi qu'une preuve d'adresse.

### CAS PARTICULIERS

- **Pour un usager en attente de greffe ou post-greffe**

**Frais de transport** Ce sont les mêmes que les cas électifs.

### Frais d'hébergement (incluant les repas)

- Pour l'utilisateur et son accompagnateur, les frais d'hébergement ou hôtellerie qui sont reconnus par le MSSS sont remboursés, et ce pour la durée du séjour. (Selon le tarif en vigueur pour une chambre semi-privée)
- **Pour les personnes en traitement de cancer**

### Frais de transport

- Ce sont les mêmes que les cas électifs, sauf que les **200 premiers km sont pris en compte;**

### Frais d'hébergement (incluant les repas)

- Pour l'utilisateur et son accompagnateur, les frais d'hébergement ou hôtellerie qui sont reconnus par le MSSS sont remboursés pour la durée du séjour selon le tarif en vigueur pour une chambre semi-privée.
- En cas de non-disponibilité de chambre dans les ressources hébergements reconnues, les modalités prévues sont la même que pour les cas électifs.

### LES FRAIS NON REMBOURSÉS

- Taxi, métro, autobus de ville, transport adapté, stationnement, essence, etc.
- Repas pour l'aller-retour dans la même journée
- Demande dont la date est supérieure d'une année sera rejetée

## AIDE FINANCIÈRE POUR L'ACCOMPAGNATEUR (médicalement requis)

### Frais de transport

#### Frais d'utilisation du transport en commun (autobus ou train)

- Celui-ci doit accompagner l'utilisateur, un montant maximal lui sera remboursé au tarif régulier en vigueur sur présentation du reçu.

### Frais d'hébergement (incluant les repas)

- Un forfait de 49,35\$ par nuitée (Maximum de 2 nuitées) est accordé à l'accompagnateur pour couvrir l'ensemble des frais de repas et l'hébergement.
- Autres possibilités pour les cas particuliers.

## DÉMARCHE À SUIVRE POUR UN REMBOURSEMENT

- S'assurer que les sections de 1 à 4 du formulaire au verso soient complétées par vous et les médecins;
- Si nécessaire, joindre les factures originales d'hébergement

### ENVOYER LA DEMANDE

#### PAR LA POSTE :

Programme d'aide financière pour les déplacements hors région  
des cas électifs, cancers et greffes

Soins préhospitaliers d'urgence  
Hôpital de Hull  
116 Lionel-Émond  
Gatineau (Québec) J8Y 1W7

#### PAR COURRIEL:

CISSSO\_REMB\_FRAIS\_DEPLAC@ssss.gouv.qc.ca

#### INFORMATION :

[www.ciasss-outaouais.gouv.qc.ca](http://www.ciasss-outaouais.gouv.qc.ca)

Téléphone 819-966-6056

**IMPORTANT \*\*\*S'assurer que les sections de 1 à 4 soient dûment complétées et signées\*\*\*  
\*\*\*Toute demande dont la date de service est supérieure d'une année seront rejetées\*\*\***

**À COMPLÉTER PAR L'USAGER**

**SECTION 1. IDENTIFICATION DE L'USAGER**

Nom/Prénom :	Date de naissance :
Adresse complète :	Ville :
Code postal :	Téléphone :
Recevez-vous une autre aide financière? (Ex. : Aide sociale, Programme de transport (SAAQ), Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), Hébergement pour personnes handicapées du CLSC, etc.)	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, laquelle :	
Si mineur, paiement à l'ordre de :	

**SECTION 2. RENSEIGNEMENT SUR LE DÉPLACEMENT**

Destination située à plus de 200 km : (nom de l'établissement)	
Date du rendez-vous :	
Date du déplacement : (aller)	(retour)
<b>Moyen de transport</b>	<b>Hébergement (s'il y a lieu)</b>
Véhicule personnel : <input type="checkbox"/>	Hébergement : du : au :
Transport en commun : <input type="checkbox"/>	Hospitalisation : du : au :
Je certifie que je réponds aux critères d'admissibilité et j'autorise le CISSS de l'Outaouais à vérifier ces renseignements.	
Signature de l'utilisateur : (ou tuteur)	Date :

**\*\*\*RÉSERVÉ AUX MÉDECINS\*\*\***

**SECTION 3. PRESCRIPTION DU MÉDECIN TRAITANT (RÉFÉRENT EN OUTAOUAIS)**

Nom du médecin (en lettres moulées) :	
Spécialité :	
Nature du service prescrit :	
Cette spécialité est-elle disponible dans notre région : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Si oui, veuillez justifier la raison de la non-consultation du spécialiste régional :	
Accompagnateur médicalement requis pour ce déplacement : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Justification :	
Signature du médecin :	Date :

**SECTION 4. ATTESTATION DU MÉDECIN CONSULTÉ (À L'EXTÉRIEUR DE LA RÉGION)**

Nom du médecin (en lettres moulées) :	
Spécialité :	
Nature du service rendu :	
<input type="checkbox"/> Traitement lié à un cancer : (spécifier)	
<input type="checkbox"/> Traitement lié à une greffe : (spécifier)	
<input type="checkbox"/> Autre : (spécifier)	
Signature du médecin consultant :	Date :

**ENVOYER LA DEMANDE**

<b>PAR LA POSTE</b> Programme d'aide financière pour les déplacements hors région des cas électifs, cancers et greffes Hôpital de Hull Soins préhospitaliers d'urgence 116 Lionel-Émond Gatineau (Québec) J8Y 1W7	<b>PAR COURRIEL</b> CISSO_REMB_FRAIS_DEPLAC@ssss.gouv.qc.ca  <b>INFORMATION</b> <a href="http://www.cisss-outaouais.gouv.qc.ca">www.cisss-outaouais.gouv.qc.ca</a> Téléphone 819-966-6056
--	--

**\*\*\*JOINDRE TOUTES LES FACTURES ORIGINALES D'HÉBERGEMENT (SI NÉCESSAIRE)\*\*\***