

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION FRAIS DE TRANSPORT ET DÉPLACEMENT POUR LES USAGERS DEVANT RECEVOIR DES SOINS NON OFFERTS DANS LEUR RÉGION

Ce formulaire vous permet de compléter les informations nécessaires à une demande de réclamation. Vous devez vous assurer de faire compléter la section 3 par votre médecin traitant qui confirme le requis de déplacement. Vous devez également vous assurer de faire compléter la section 4 par le médecin qui donnera les soins à l'établissement de destination. Ces sections (3 et 4) sont obligatoires pour effectuer votre demande. Vous n'avez pas à remplir la section 5, elle sera complétée par l'organisation suite à votre envoi. La réponse à votre demande vous sera transmise par courriel dans les meilleurs délais possibles. Pour un paiement par dépôt direct, veuillez joindre un chèque avec la mention annulé.

1. CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

- Être résident du Québec dans la région 03.
- L'établissement approprié du RSSS capable d'offrir les soins requis se situe dans un rayon de plus de 200 kilomètres du lieu où l'utilisateur reçoit habituellement ses soins et services.
- Le service reçu doit être couvert par la RAMQ.
- Être autorisé par un établissement de santé à la demande du médecin traitant (section 3).
- Joindre les pièces justificatives s'il y a lieu (factures d'hébergement, transports ou autres).

2. SECTION À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR (informations de l'utilisateur devant recevoir les soins)

Nom complet : _____ Téléphone : _____
 Date de naissance : _____ N° de RAMQ : _____
 Adresse (domicile) : _____ Si enfant mineur, paiement à l'ordre de : _____
 Code postal : _____ Date de rendez-vous : _____
 Adresse courriel : _____ (A) Nombre de kilomètres aller-retour (de la municipalité de départ à la municipalité d'arrivée) : _____
 Ville de départ : _____ (B) Kilométrage admissible au remboursement (A – 200km) : _____
 Ville de destination : _____ (C) Nombre de nuitée pour l'utilisateur : _____
Exemple : 208 km (aller) + 208 km (retour) = 416 km – 200 km (déductible) = 216 km x 0,23 \$/km = 49,68 \$
 (D) Nombre de nuitée pour l'accompagnateur : _____
***Référez-vous à l'endos de la feuille**

3. SECTION À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT (Obligatoire)

Nom du médecin traitant : _____ Établissement de destination : _____
 Spécialité : _____
 Je certifie que les services requis ne sont pas disponibles dans la région où réside l'utilisateur: Oui Non
 Accompagnateur familial ou social médicalement requis : Oui Non
 Séjour en hébergement si requis : 1 nuitée 2 nuitées Numéro de permis : _____

 SIGNATURE DU MÉDECIN TRAITANT DATE

4. CONFIRMATION DES SOINS REÇUS À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT QUI DONNERA LES SERVICES DANS L'ÉTABLISSEMENT DE DESTINATION (Obligatoire)

Nom du médecin traitant : _____ Numéro de permis : _____
 Date des soins : _____ au _____
 Signature du médecin traitant ou son représentant autorisé : _____

- **Veuillez conserver une copie de votre formulaire de demande, car aucun document ne vous sera remis à nouveau pour votre réclamation d'impôt**
- **Une fois complété, veuillez envoyer votre formulaire à l'adresse suivante : drf.comptesapayer.ciusscn@sss.gouv.qc.ca**
- **Pour plus d'information sur la politique de déplacement des usagers, référez-vous à l'endos de la page ou à l'annexe 3 de la politique à l'adresse web suivante : <https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/NosServices/PO-61-Politique-regionale-deplacement-usagers.pdf>**

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION FRAIS DE TRANSPORT ET DÉPLACEMENT POUR LES USAGERS DEVANT RECEVOIR DES SOINS NON OFFERTS DANS LEUR RÉGION

5. AUTORISATION DU CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE À REMPLIR PAR LA DRF

Demande acceptée refusée

Motif du refus : _____

Calcul du montant remboursé :

Automobile personnel : _____

Transport en commun : _____

Hébergement et repas : _____

Total remboursé : _____

Signature du responsable autorisé au services des finances : _____ Date : _____

Remboursement		
Frais de transport	Moindre coût entre (Usager)	<p>Le transport en commun¹ le plus économique 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 requis;</p> <p>Une compensation de 0,23 \$² 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 requis moins un déductible de 200 kilomètres (sans déductible pour usager en oncologie).</p> <p>Exemple pour effectuer le calcul pour un aller et retour vers l'Hôtel-Dieu de Lévis : (usager du CLSC de Saint-Siméon) 208 km (aller) + 208 km (retour) = 416 km – 200 km (déductible) = 216 km x 0,23 \$/km = 49,68 \$</p>
	Accompagnateur médicalement requis	Lorsqu'il y a accompagnateur social ou familial médicalement requis, l'allocation de déplacement pour ce dernier couvre exclusivement le coût du transport en commun, excluant le covoiturage. (avec preuve justificative)
Hébergement et repas (Montréal - Sherbrooke)	Usager	<p>123,20 \$/nuit (avec preuve justificative - 2 nuitées maximum)</p> <p>61,60 \$ pour un aller-retour dans la même journée</p> <p>39,95 \$/nuit dans une maison d'hébergement ou une hôtellerie reconnue (avec preuve justificative)</p>
	Accompagnateur	<p>52,76 \$/nuit</p> <p>39,95 \$/nuit dans une maison d'hébergement ou une hôtellerie reconnue (avec preuve justificative)</p>
Mesures spécifiques	Usager en attente d'une greffe	Les compensations financières s'appliquent seulement si l'usager est référé et séjourne à La Maison des greffés Lina Cyr (1989, rue Sherbrooke Est, Montréal) ou à la Fondation de la greffe de moelle osseuse de l'Est-du-Québec (21-2450, avenue du Mont-Thabor, Québec)

¹ On entend par transport en commun l'avion, le train, le taxi, le traversier et l'autobus

² Fait référence aux tarifs de 2025