



POLITIQUE RÉGIONALE
DE DÉPLACEMENT
DES USAGERS
DE LA RÉGION
DU BAS-SAINT-LAURENT

JUIN 2004

TABLE DES MATIÈRES

	Page
OBJET	3
SECTION 1 : DÉPLACEMENT DES USAGERS ENTRE ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	
1.1..... Objectif	4
1.2 Critères d'admissibilité.....	4
1.3 Responsabilités de paiement.....	4
1.4 Exclusions à la gratuité.....	5
1.5 Modalités relatives aux accompagnateurs.....	5
1.5.1 Accompagnateur médical ou paramédical	5
1.5.2 Accompagnateur familial ou social	5
1.5.3 Accompagnateur en milieu autochtone	6
1.6 Entente préalable	6
SECTION 2 : DÉPLACEMENT DES USAGERS DE 65 ANS ET PLUS	
2.1 Objectif	6
2.2 Critères d'admissibilité.....	6
2.3 Responsabilités de paiement.....	7
2.4 Exclusions à la gratuité.....	7
SECTION 3 : DÉPLACEMENT DES CAS ÉLECTIFS	
3.1 Objectif	8
3.2 Critères d'admissibilité.....	8
3.3 Exclusions à l'admissibilité	8
3.4 Responsabilités de paiement.....	9
3.5 Modalités relatives aux accompagnateurs.....	9
3.6 Exclusions à l'allocation forfaitaire.....	9
ANNEXE 1 Définitions	10
ANNEXE 2 Établissements désignés pour la région du Bas-Saint-Laurent	13
ANNEXE 3 Allocation forfaitaire.....	14
1. Remboursement des frais de déplacement	14
2. Remboursement des frais de repas et d'hébergement.....	15
3. Remboursement des frais admissibles pour la clientèle particulière.....	16
ANNEXE 4 Maisons d'hébergement reconnues par le MSSS.....	17

OBJET

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a révisé, en juin 2003, sa politique de déplacement des usagers en reprenant la circulaire 1997-011 et y a apporté des modifications concernant les indemnités accordées aux usagers devant se déplacer, afin de recevoir, à la demande de leur médecin et de façon élective, des soins et des services non disponibles dans leur région. Ainsi, cette politique détermine le cadre général que devront respecter les Agences régionales concernant le déplacement d'un usager sur le territoire du Québec. Elle précise également les règles pour le déplacement interrégional.

Le présent document se veut la « politique régionale » qui détermine les règles que devront respecter les établissements du réseau de la santé et des services sociaux concernant le déplacement d'un usager dans la région du Bas-Saint-Laurent ou dans une autre région administrative du Québec.

Elle détermine les conditions d'admissibilité au déplacement des usagers dans les cas suivants :

- ✓ Déplacement des usagers entre établissements;
- ✓ Déplacement des usagers de 65 ans et plus;
- ✓ Déplacement des usagers devant recevoir, à la demande de leur médecin et de façon élective, des soins et des services non disponibles dans leur région;
- ✓ Déplacement des usagers autochtones inscrits au registre des autochtones ou non.

Afin de soutenir les établissements dans l'application de cette politique, des règles administratives ont été élaborées afin de préciser les responsabilités de paiement lors du déplacement d'un usager, tant au niveau interrégional qu'intrarégional ainsi que les critères et modalités d'application.

Les termes utilisés dans la présente « politique » sont définis à l'annexe I. Pour toute question d'interprétation, veuillez vous référer à la circulaire 2003-007.

Pour tout renseignement additionnel, on peut communiquer avec :

Agence de développement
de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent
288, rue Pierre-Saindon, 1^{er} étage
Rimouski (Québec) G5L 9A8
Tél. : (418) 724-5231

SECTION I

DÉPLACEMENT DES USAGERS ENTRE ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

1.1 OBJECTIF

Cette section de la politique vise à préciser les règles lors du déplacement d'un usager entre deux établissements du réseau de la santé et des services sociaux lorsque l'établissement où il est admis ou inscrit n'est pas en mesure de lui fournir les soins ou services requis par son état de santé; ou lorsque cet établissement a complété la prestation des soins et services requis par l'état de santé de l'utilisateur eu égard à sa mission et à sa vocation.

1.2 CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

- ✓ Avoir la qualité de résident du Québec selon le règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux; ET
- ✓ Être admis ou inscrit dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux; ET
- ✓ Recevoir des services prescrits par le médecin traitant de l'établissement et nécessiter un déplacement autorisé par le directeur général ou son délégué; ET
- ✓ Devoir se déplacer à partir d'un établissement de la région vers un établissement le plus approprié et en mesure de fournir les soins et services requis par l'utilisateur.

1.3 RESPONSABILITÉS DE PAIEMENT

Les responsabilités de paiement sont présentées dans le tableau suivant :

Déplacement intrarégional et interrégional			Déplacement hors de la région	Déplacement interrégional
Déplacement à l'aller	Autre déplacement	Retour à un établissement ¹	Retour en électif (si plus de 250 km de la résidence)	Rapatriement (aller ou retour)
Établissement d'origine	Établissement qui autorise le nouveau déplacement	Établissement d'origine Ou Établissement qui a autorisé le nouveau déplacement	Établissement desservant la localité de résidence de l'utilisateur	Établissement qui effectue le rapatriement

¹ Le nouveau-né qui naît à l'extérieur de la région est considéré appartenir au territoire d'origine de ses parents. C'est l'établissement situé dans le territoire de résidence des parents qui est considéré comme l'établissement d'origine et qui doit assumer les frais de retour du bébé.

EXEMPLE : Usager d'Amqui hospitalisé au CH d'Amqui

CH d'amqui au CH de Rimouski	CH d'Amqui paie (établissement d'origine)
CH de Rimouski transfert au CHUL	CH de Rimouski paie (nouveau déplacement)
CHUL transfert au CH de Rimouski	CH de Rimouski paie
CHUL transfert au CH d'Amqui	CH d'Amqui paie le déplacement Québec vers Amqui (établissement d'origine)
CHUL transfert à la résidence de l'utilisateur (Amqui)	CH d'Amqui paie en électif – CHUL vers Amqui (établissement d'origine)
CH de Rimouski transfert à Amqui	CH d'Amqui paie le déplacement de Rimouski vers Amqui (établissement d'origine)

1.4 EXCLUSIONS À LA GRATUITÉ

Dans tous les cas où un organisme, autre qu'un établissement du réseau, (SAAQ, CSST, etc.) est responsable de l'utilisateur, les frais encourus lors du déplacement de cet utilisateur et de son accompagnateur (médical, paramédical, familial ou social) sont payables par cet organisme, selon les critères en vigueur.

Lorsqu'un utilisateur choisit d'être dirigé vers un établissement autre que celui prévu dans le cadre de l'application de la présente politique, il assume entièrement les frais inhérents à son déplacement.

1.5 MODALITÉS RELATIVES AUX ACCOMPAGNATEURS

1.5.1 Accompagnateur médical ou paramédical

La responsabilité de déterminer la nécessité d'un accompagnateur médical ou paramédical et d'en assumer le coût, appartient à chaque établissement qui déplace l'utilisateur depuis son établissement vers un autre établissement, indépendamment qu'il soit un établissement d'origine ou de destination. L'établissement qui décide de planifier l'accompagnement aller et retour de l'utilisateur assume l'ensemble des coûts de l'accompagnateur lorsque celui-ci doit attendre l'utilisateur en vue de son retour.

1.5.2 Accompagnateur familial ou social

La responsabilité de déterminer la nécessité d'un accompagnateur familial ou social appartient au médecin demandeur relié à l'établissement d'origine (aller et retour). De même, il appartient à cet établissement de rembourser les frais admissibles pour un tel accompagnateur.

Une prescription médicale est requise sauf dans les cas où l'utilisateur est âgé de moins de 18 ans ou qu'il est atteint d'incapacités sévères.

Les frais de l'accompagnateur sont remboursables selon les allocations prévues à l'annexe III à la condition qu'il y ait réellement eu une dépense assumée par ce dernier.

1.5.3 Accompagnateur en milieu autochtone

Dans le cadre de l'application de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois et de la Convention du Nord-Est québécois, eu égard aux usagers Cris, Inuits et Naskapis, les Agences régionales, le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James et le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James doivent respecter les critères et les dispositions de la directive «Transport pour raison de santé» du Programme des services de santé non assurés de Santé Canada.

1.6 ENTENTE PRÉALABLE

Le mode de déplacement choisi doit être celui qui est le plus économique, compte tenu de l'état de santé de l'utilisateur.

L'organisation du déplacement (mode de déplacement le plus économique compte tenu de l'état de santé de l'utilisateur, des horaires, des accompagnateurs, etc.) doit faire l'objet d'une entente préalable entre les établissements, plus particulièrement les établissements imputables des frais inhérents au déplacement.

SECTION 2

DÉPLACEMENT DES USAGERS DE 65 ANS ET PLUS

2.1 OBJECTIF

Cette section de la politique vise à fournir gratuitement aux personnes âgées de 65 ans et plus, le déplacement par ambulance, indépendamment que la personne soit admise ou inscrite, lorsque l'état de santé, les conditions physiques et sociales ou l'accessibilité du lieu de résidence ou de prise en charge l'exigent. Ceci inclut les cas où, sans présenter un caractère d'urgence, l'état de santé de la personne nécessite un transport en position couchée.

2.2 CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

- v Avoir la qualité de résident du Québec selon le règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux; ET
- v Être âgé de 65 ans et plus; ET
- v Nécessiter un déplacement par ambulance requis dans les circonstances suivantes :

1) Transport médicalement requis :

L'évaluation doit être faite par le centre de communication santé, le médecin en service ou de toute autre personne désignée par l'établissement qui reçoit la personne à l'effet que le déplacement devait s'effectuer sur civière, par ambulance, compte tenu de l'état de santé de l'utilisateur.

- 2) Transport requis eu égard aux conditions physiques et sociales de l'utilisateur ou à l'accessibilité de son lieu de résidence ou de prise en charge. À ce niveau, sans présenter un caractère d'urgence, l'état de santé de la personne peut nécessiter un transport en position couchée ou la personne peut présenter des difficultés importantes de déplacement (perte d'autonomie, confusion, handicap physique, etc.) qui exclut toute autre forme de transport.

L'établissement receveur a la responsabilité de déterminer, à l'arrivée de l'utilisateur, si le transport par ambulance était effectivement requis et d'aviser l'utilisateur si celui-ci doit encourir les frais de transport.

Ce type de déplacement doit s'effectuer à partir d'une résidence ou d'un lieu public situé au Québec vers l'établissement du réseau de la santé et des services sociaux le plus rapproché et approprié en mesure de fournir les soins ou services requis, même si cet établissement n'est pas situé dans la région de prise en charge. Le retour à la résidence, s'il y a lieu, est également admissible.

2.3 RESPONSABILITÉS DE PAIEMENT

L'établissement qui reçoit l'utilisateur doit payer le coût du déplacement par ambulance de cet utilisateur.

L'établissement qui retourne l'utilisateur vers sa résidence doit payer le coût du déplacement si le déplacement s'effectue par ambulance et est requis.

2.4 EXCLUSIONS À LA GRATUITÉ

L'utilisateur assume l'ensemble des frais inhérents à son déplacement par ambulance lorsqu'il choisit d'être dirigé, pour des raisons personnelles et/ou non médicalement requis, vers un établissement autre que celui prévu dans le cadre de l'application de la présente politique. Dans tous les cas où un organisme, autre qu'un établissement du réseau (SAAQ, CSST, etc.) est responsable de l'utilisateur, les frais encourus lors du déplacement de cet utilisateur et de son accompagnateur (médical, paramédical, familial ou social) sont payables par cet organisme, selon les critères en vigueur.

Les déplacements suivants sont exclus :

- ✓ Déplacements entre deux résidences;
- ✓ Déplacements d'une résidence vers une clinique privée ou vers un bureau de médecins et les retours;
- ✓ Déplacements d'une résidence vers un centre d'accueil privé autofinancé et les retours;
- ✓ Déplacements entre deux centres d'accueil privés autofinancés;
- ✓ Déplacements d'un transport public (aéroport, terminus trains-autobus) vers un établissement du réseau, à la suite du retour au Québec d'un utilisateur victime d'un événement (maladie subite ou situation d'urgence) survenu hors Québec;

- v Déplacements de la clientèle autochtone domiciliée ou qui réside en permanence sur une réserve autre que le « territoire » prévu à la Convention de la Baie-James et du Nord québécois et de la Convention du Nord-Est québécois. En vertu du Programme des services de santé non assurés de Santé Canada, cette clientèle est éligible au service de transport médical selon les dispositions prévues à la directive « Transport pour raison de santé ».

SECTION 3

DÉPLACEMENT DES CAS ÉLECTIFS

3.1 OBJECTIF

Cette section de la politique vise à assurer aux citoyens de la région un accès aux services de santé et aux services sociaux compte tenu de leurs besoins et à leur accorder un soutien financier lors d'un déplacement hors de la région, afin de recevoir des soins et des services requis en fonction de leur état de santé. Elle précise également les modalités spécifiques pour les clientèles particulières (radio-oncologie, personnes en attente d'une greffe, etc.).

3.2 CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

- v Avoir la qualité de résident du Québec selon le règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux; ET
- v La demande de soins ou services doit être prescrite par le médecin qui prend charge de l'usager; ET
- v La demande doit respecter les critères et les modalités prévus dans la présente politique; ET
- v Le déplacement s'effectue à partir d'un établissement de la région où il reçoit habituellement des soins et des services de base vers un établissement le plus rapproché et en mesure de fournir les soins ou services requis compte tenu de l'état de santé de l'usager et non disponibles localement; ET
- v Cet établissement est situé dans une autre région administrative et à plus de 250 km de l'établissement de la région où il reçoit habituellement des soins et des services de base; ET
- v Les soins ou les services doivent être assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

3.3 EXCLUSIONS À L'ADMISSIBILITÉ

La clientèle autochtone domiciliée ou qui réside en permanence sur une réserve autre que le « territoire » prévu à la Convention de la Baie-James et du Nord québécois et la Convention du Nord-Est québécois est, en vertu du Programme des services de santé non assurés de Santé Canada, éligible au service de transport médical selon les dispositions prévues à la directive « Transport pour raison de santé ».

Le déplacement effectué pour obtenir un rapport d'expertise ou de contre-expertise exigé par un organisme n'est pas admissible.

3.4 RESPONSABILITÉS DE PAIEMENT

L'établissement désigné par l'Agence de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, dont la liste apparaît à l'annexe II, assume le paiement de l'allocation forfaitaire à l'usager et à l'accompagnateur selon les modalités déterminées à l'annexe III « Allocation forfaitaire ».

3.5 MODALITÉS RELATIVES AUX ACCOMPAGNATEURS

La responsabilité de déterminer la nécessité d'un accompagnateur familial ou social appartient au médecin demandeur relié à l'établissement désigné.

Une prescription médicale est requise sauf dans les cas où l'usager est âgé de moins de 18 ans ou qu'il est atteint d'incapacités sévères pour que les frais engagés par l'accompagnateur puissent lui être remboursés selon les modalités prévues à l'annexe III.

Une prescription médicale est également requise pour se faire rembourser la contribution journalière lorsqu'il s'agit de l'accompagnateur d'un usager faisant partie de la clientèle particulière.

3.6 EXCLUSIONS À L'ALLOCATION FORFAITAIRE

Dans tous les cas où un organisme, autre qu'un établissement désigné (SAAQ, CSST, etc.), est responsable de l'usager, les frais encourus lors du déplacement de cet usager et de son accompagnateur (médical, paramédical, familial ou social) sont payables par cet organisme selon ses critères en vigueur.

L'usager assume l'ensemble des coûts inhérents à son déplacement lorsqu'il choisit d'être dirigé vers un établissement autre que celui désigné par le médecin traitant ou vers un établissement qui n'est pas le plus rapproché en mesure de fournir les soins et services requis.

ANNEXE I

DÉFINITIONS

Accompagnateur familial ou social :

Personne dont le rôle est de guider et d'assister l'utilisateur pendant la durée du déplacement et excluant la période d'hospitalisation.

Accompagnateur médical et paramédical :

Personne dont les rôles sont de guider, surveiller, protéger et fournir les soins à l'utilisateur pendant la durée du déplacement.

Agent payeur :

Tout usager ou organisme privé ou public qui est responsable du paiement d'un déplacement.

Ambulance :

Véhicule utilisé par un titulaire de permis d'exploitation de services ambulanciers dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence, pour un transport entre les installations maintenues par les établissements, d'utilisateurs nécessitant des soins ou un support médical pendant le transport.

Autres véhicules :

Un véhicule utilisé pour le transport, entre des installations maintenues par des établissements, d'utilisateurs dont l'état ne nécessite pas des soins ou un support médical pendant le transport.

Centre de communication santé :

Une personne morale constituée en vertu d'une loi du Québec à des fins non lucratives et ayant pour objet d'exercer exclusivement les fonctions prévues à la loi sur les services préhospitaliers d'urgence.

Cas électif :

Une personne, dont le lieu de résidence est situé au Québec, est admissible à une allocation forfaitaire parce que les services qu'elle a reçus sont dispensés par un établissement, hors région, et situé à plus de 250 km de l'établissement désigné de cette personne.

De façon élective :

Usager non admis ou inscrit dans un établissement et qui, à la demande d'un médecin, doit recevoir des soins et des services pour des fins de diagnostics ou de traitements.

Établissement du réseau de la santé et des services sociaux :

Aux fins de l'application de la politique, on entend par établissement : un établissement public ou privé tel que défini par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Établissement d'origine :

Établissement du réseau de la santé et des services sociaux qui autorise le déplacement d'un usager.

Établissement désigné :

Établissement desservant la localité d'un usager devant se déplacer dans le cadre de la politique pour les cas électifs.

Nouveau-né :

Est considéré comme nouveau-né, tout bébé de 0 à 10 jours, ou celui qui n'a pas atteint le poids de 2,5 kg (5 livres), ou qui n'a pas quitté la pouponnière depuis sa naissance.

Est également considéré comme nouveau-né, tout bébé né exceptionnellement dans un lieu autre qu'un établissement de santé et qui nécessite, dans les plus brefs délais, un transport à des fins médicales.

Personne admise :

Une personne est admise dans un établissement : lorsque son état nécessite une hospitalisation ou un hébergement, que les formalités applicables sont remplies et qu'elle occupe un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement.

Personne inscrite :

Une personne est inscrite dans un établissement : lorsqu'elle y reçoit des services qui ne nécessitent pas son hospitalisation ou son hébergement ou qu'elle n'occupe pas un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement.

Les personnes hébergées dans les ressources intermédiaires et les ressources de type familial ne sont pas considérées comme inscrites au sens de cette définition.

Résidence :

Lieu où une personne physique demeure ou habite au Québec d'une façon stable, au sens de la Loi de l'impôt.

Service prescrit :

Tout service que le médecin traitant croit nécessaire, compte tenu de l'état de santé de l'utilisateur.

Usager :

Toute personne à qui sont fournis des soins ou des services par un établissement du réseau de la santé et des services sociaux.

ANNEXE II

ÉTABLISSEMENTS DÉSIGNÉS POUR LA RÉGION DU BAS-SAINT-LAURENT

Réseau Santé Kamouraska 575, avenue Martin Saint-Pascal (Québec) G0L 3Y0	Centre de santé et de services sociaux de la région de Rivière-du-Loup 75, rue Saint-Henri Rivière-du-Loup (Québec) G5R 2A4
Réseau de santé du Témiscouata 58, rue de l'Église Notre-Dame-du-Lac (Québec) GOL 1X0	CLSC de Pohénégamook 1922, rue St-Vallier Pohénégamook (Québec) G0L 1J0
Réseau de santé et de services sociaux des Basques 550, rue Notre-Dame Est Trois-Pistoles (Québec) G0L 4K0	Le Centre régional de santé et de services sociaux Rimouski 150, avenue Rouleau Rimouski (Québec) G5L 5T1
Centre mitissien de santé et de services communautaires 800, avenue du Sanatorium Mont-Joli (Québec) G5H 3L6	Réseau de santé de La Matapédia 135, rue de l'Hôpital Amqui (Québec) G5J 2K5
Réseau de santé et de services sociaux de Matane 333, rue Thibault Matane (Québec) G4W 2W5	

ANNEXES III

ALLOCATION FORFAITAIRE

1. REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT :

L'établissement rembourse à l'usager et à l'accompagnateur, le cas échéant, sur présentation des pièces justifiant le déplacement telles que la demande de consultation dûment signée par le médecin qui en a fait la demande ainsi que l'endroit, la date et le résumé des soins ou des services requis :

- v 0,13 \$/km admissible parcouru aller et retour en tenant compte du déductible de 250 km. Dans les cas où il y aurait seulement un aller ou un retour, le déductible est de 125 km. La distance se calcule de la municipalité où réside l'usager à l'établissement qui fournira les services requis;

ou

- v les frais de transport en commun aller et retour entre la ville de l'établissement où il reçoit habituellement ses soins et ses services de base et l'établissement qui fournira les services requis.

L'allocation pour le déplacement, à tout accompagnateur social ou familial, correspond exclusivement au coût du transport en commun lorsque utilisé, ce qui, par conséquent, exclut une allocation à l'accompagnateur lorsque le déplacement s'effectue en covoiturage.

Tableau de référence pour les distances aux fins du calcul des frais de déplacement

Description	Distance aller simple vers un établissement situé à :				Montant admissible pour un aller et un retour			
Établissement désigné	Québec	Lévis	Montréal	Sherbrooke	Québec	Lévis	Montréal	Sherbrooke
Réseau de santé et de services sociaux de Matane	415 km	406 km	660 km	625 km	75,40\$	73,06\$	139,10\$	130,00\$
Réseau de santé de La Matapédia	420 km	411 km	665 km	630 km	76,70\$	74,36\$	140,40\$	131,30\$
Centre mitissien de santé et de services communautaires	355 km	346 km	600 km	565 km	59,80\$	57,46\$	124,50\$	114,40\$
Le Centre régional de santé et de services sociaux Rimouski	315 km	306 km	560 km	525 km	49,40\$	47,06\$	113,10\$	104,00\$
Réseau de santé et de services sociaux des Basques	260 km	251 km	505 km	470 km	35,10\$	32,76\$	98,80\$	89,70\$
Centre de santé et de services sociaux de la région de Rivière-du-Loup	205 km	196 km	450 km	415 km	0	0	84,50\$	75,40\$
Réseau de santé du Témiscouata CLSC - Pohénégamook	280 km	271 km	525 km	490 km	40,30\$	37,96\$	104,00\$	94,90\$
	251 km	242 km	496 km	461 km	32,76\$	0	96,46\$	87,36\$
Réseau Santé Kamouraska	125 km	116 km	370 km	335 km	0	0	63,70\$	54,60\$

Exemple pour effectuer le calcul pour un aller et retour vers Québec : (usager de Matane)

415 km (aller) + 415 km (retour) = 830 km – 250 km (déductible) = 580 km * 0,13 \$/km = 75,40 \$

Exemple pour effectuer le calcul pour un aller ou un retour vers Québec : (usager de Matane)
 415 km (aller ou retour) – 125 km (déductible) = 290 km * 0,13 \$ / km = 37,70 \$

Pour un déplacement vers un établissement situé à Trois-Rivières, il faut ajouter 130 km à la distance pour un aller vers Québec et pour un déplacement vers Sherbrooke, il faut ajouter 219 km à la distance pour aller à Lévis.

2. REMBOURSEMENT DES FRAIS DE REPAS ET D'HÉBERGEMENT

Les usagers qui doivent se déplacer à l'extérieur de la région et à plus de 250 km de la résidence pour recevoir des soins et services, recevront un forfaitaire de 75,00 \$ par nuitée. Cette allocation inclut le remboursement de l'ensemble des frais de repas et d'hébergement. Le tableau suivant donne l'admissibilité au nombre de nuitées selon le lieu de résidence et l'établissement de destination. Le nombre de nuitées est calculée en fonction de la distance à parcourir entre l'établissement désigné et l'établissement de destination. Pour qu'un usager se qualifie pour recevoir deux nuitées pour des soins ou services reçus à Montréal, il faut que la distance à parcourir soit supérieure à 475 km. Le principe étant qu'il faut être admissible à une nuitée avant de l'être pour deux nuitées.

Tableau de référence pour le calcul du nombre de nuitées selon la distance

Établissement désigné	Nombre de nuitée pour des services reçus à Québec et à Trois-Rivières	Montant versé	Nombre de nuitées pour des services reçus à Montréal et à Sherbrooke	Montant versé
Réseau de santé et de services sociaux de Matane	1	75,00 \$	2	150,00 \$
Réseau de santé de La Matapédia	1	75,00 \$	2	150,00 \$
Centre mitissien de santé et de services communautaires	1	75,00 \$	2	150,00 \$
Le Centre régional de santé et de services sociaux Rimouski	1	75,00 \$	2	150,00 \$
Réseau de santé et de services sociaux des Basques	1	75,00 \$	2	150,00 \$
Centre de santé et de services sociaux de la région de Rivière-du-Loup	0	0	1	75,00 \$
Réseau de santé du Témiscouata CLSC- Pohénégamook	1	75,00 \$	2	150,00 \$
Réseau Santé Kamouraska	0	0	1	75,00 \$

L'utilisateur reçoit l'équivalent d'une demi-nuitée, soit 37,50 \$ lorsqu'il y a un déplacement aller simple ou seulement un retour.

L'accompagnateur familial ou social reçoit une allocation de 20,00 \$ par nuitée pour compenser ses frais de repas.

3. REMBOURSEMENT DES FRAIS ADMISSIBLES POUR LES CLIENTÈLES PARTICULIÈRES

- v L'utilisateur admis dans une maison d'hébergement reconnue par le ministère de la Santé et des Services sociaux et dédiée aux personnes en attente d'une transplantation ou nouvellement greffées (en attente d'une transplantation d'organes ou d'une greffe de cellules souches hématopoïétiques et qui a dû se déplacer de plus de 250 km, se voit rembourser en plus des frais reliés au déplacement, la contribution journalière qui inclut les frais de repas et d'hébergement.
- v L'utilisateur admis dans une hôtellerie reconnue par le ministère de la Santé et des Services sociaux et dédiée aux personnes devant recevoir des services de radio-oncologie ou tout autre traitement relié au cancer et qui a dû se déplacer de plus de 250 km, se voit rembourser en plus des frais reliés au déplacement, la contribution journalière qui inclut les frais de repas et d'hébergement.
- v L'utilisateur a droit au remboursement de la contribution journalière, même si sa résidence se situe à moins de 250 km de l'établissement offrant les services surspécialisés de greffe, à la condition que son hébergement soit exigé par le médecin qui en a charge compte tenu de son état de santé (prescription médicale requise).
- v L'utilisateur inscrit au programme ministériel de transfert interétablissements en radio-oncologie, peut également bénéficier du remboursement de la contribution journalière, même si la distance à parcourir est inférieure à 250 km. Ce programme s'adresse à certains usagers qui, à la demande de leur médecin, doivent recevoir des services de radio-oncologie à un endroit déterminé en fonction de leur état de santé et de la disponibilité des équipements.

La liste des maisons d'hébergement reconnues par le Ministère figure à l'annexe IV.

4. PROCÉDURE DE RÉCLAMATION

L'utilisateur devra faire parvenir à l'établissement désigné, à l'intérieur des soixante (60) jours suivant le déplacement, toutes les pièces justificatives ayant trait à son déplacement en utilisant le formulaire utilisé par l'établissement désigné.

ANNEXE IV

MAISONS D'HÉBERGEMENT RECONNUES PAR LE MSSS

v Pour le traitement du cancer :

- ? Association du cancer de l'Est du Québec (Hôtellerie Omer Brazeau à Rimouski)
- ? Hôtellerie Sagamie (Saguenay-Lac-Saint-Jean)
- ? Hôtellerie du Pavillon Carlton-Auger; Hôtel-Dieu de Québec
- ? Centre hospitalier régional de Trois-Rivières : Hôtel Delta
- ? Maison de la Fondation québécoise du cancer à Sherbrooke
- ? Maison de la Fondation québécoise du cancer à Gatineau
- ? Maison de la Fondation québécoise du cancer à Montréal
- ? Maison de la Société canadienne du cancer à Montréal

v Pour les cas de greffes :

- ? Maison Lina Cyr pour les greffés du Québec à Montréal