

Le Programme de subventions aux résidents du Nord pour frais de transport à des fins médicales (SRNOTM) aide les résidents du Nord de l'Ontario admissibles à payer une partie des frais de déplacement qu'ils doivent assumer afin de recevoir des services spécialisés ou de subir une intervention dans un établissement de soins de santé financé par le ministère (p. ex., tomodensitogramme). Le montant des subventions pour frais de transport du ministère est calculé en fonction de la distance parcourue pour se rendre chez le médecin spécialiste ou à l'établissement de soins de santé financé par le ministère le plus proche qui est en mesure de fournir les services de santé requis sans attendre, pour ne pas compromettre la santé du patient.

Remarque :

- Veuillez envisager d'utiliser la **télé médecine** au lieu d'un déplacement : le Réseau Télé médecine Ontario (OTN) appuie presque toutes les spécialités cliniques et peut permettre aux patients d'éviter de se déplacer. Le formulaire d'aiguillage d'OTN se trouve à l'adresse www.otn.ca.
- Assurez-vous de fournir votre nom et adresse les plus à jour au ministère de la Santé (MS). Le nom et l'adresse que vous avez fournis au MS seront utilisés à des fins de confirmation de l'identité. Si l'adresse indiquée dans le présent formulaire de demande ne correspond pas à celle dans votre dossier de carte Santé, nous utiliserons le présent formulaire pour mettre votre dossier à jour.
- Une demande distincte doit être remplie et transmise par la patiente/le patient **pour** chaque aller-retour.
- Le MS doit recevoir votre demande de subvention SRNOTM dans les douze (12) mois qui suivent la date de prestation du service.
- Les demandes de révision ou de réévaluation d'une demande doivent être reçues dans les douze (12) mois qui suivent la date du paiement, du refus d'accorder la subvention ou du renvoi du formulaire au client.
- Les billets ou itinéraires de voyage indiquant le nom des personnes ayant voyagé, les dates du voyage, la destination aller- retour et le frais payés doivent être fournis pour les déplacements en avion, en train ou en autobus de la patiente ou du patient et de la personne qui l'accompagne. Toutefois, les itinéraires de voyage sont acceptables si la personne ayant voyagé a utilisé des crédits voyage accumulés auprès d'un transporteur aérien.

REMARQUE : Le Programme de SRNOTM ne couvre pas les dépenses liées aux repas ou les courses en taxi. Ne soumettez pas ces reçus avec votre demande. Les reçus de carburant doivent être conservés pendant 12 mois au cas où nous exigerions une preuve de déplacement à des fins de vérification.

- Si plusieurs patientes ou patients ou accompagnateurs voyagent dans le même véhicule, une seule subvention sera accordée par voyage aller-retour.

Critères d'admissibilité à la subvention pour frais de transport de la patiente ou du patient – La patiente ou le patient doit satisfaire à tous les critères énumérés ci-dessous :

1. Habiter le Nord de l'Ontario dans les districts d'Algoma, Cochrane, Kenora, Manitoulin, Nipissing, Parry Sound, Rainy River, Sudbury, Thunder Bay ou Timiskaming **et** être titulaire d'une carte Santé valide de l'Ontario à la date de la prestation du service.
2. Être aiguillé en Ontario ou vers le Manitoba pour profiter de soins de santé spécialisés ou d'interventions pratiqués dans un établissement de soins de santé qui sont assurés aux termes de la *Loi sur l'assurance-santé*.
3. Devoir parcourir au moins 100 km (dans une direction), à partir du domicile, pour obtenir le service requis auprès du médecin spécialiste ou de l'établissement de soins de santé le plus proche, en Ontario ou au Manitoba.
4. Être aiguillé vers des services médicaux spécialisés. Par « services médicaux spécialisés », on entend les services fournis par l'une des personnes suivantes :
 - **un spécialiste médical** agréé par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC);
 - **un médecin de Winnipeg (Manitoba)** inscrit au registre des médecins spécialistes de Santé Manitoba et autorisé à percevoir des honoraires de spécialiste;
 - un médecin titulaire d'un certificat d'agrément de spécialiste délivré par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) dans une spécialité médicale ou chirurgicale reconnue autre qu'une pratique familiale ou générale;
 - **un médecin généraliste ayant une désignation de pratique axée sur la médecine générale auprès de l'OMCO;**
 - **un dentiste général qui participe au Programme de traitement du bec-de-lièvre et de la fissure du palais ou au Programme ontarien de soins dentaires pour les aînés;**

- **un établissement de soins de santé financé par le ministère.**

Afin de confirmer l'accréditation d'un spécialiste en ligne, consultez le site Web de l'OMCO (<https://www.cpsso.on.ca>) et suivez les directives. Communiquez avec le Programme de SRNOTM pour savoir si l'établissement est reconnu comme un établissement de soins de santé financé par le ministère.

5. Confirmer que les frais de transport ne sont pas payés par un autre programme ou organisme comme la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT), les SSNA (le Programme des services de santé non assurés pour les peuples des Premières Nations et les Inuits admissibles) ou une assurance privée (p. ex. responsabilité civile). Prière de communiquer avec le Programme de SRNOTM afin d'obtenir des renseignements supplémentaires.

Critères d'admissibilité à l'allocation d'hébergement – une patiente ou un patient doit satisfaire à tous les critères suivants afin d'être admissible à l'allocation d'hébergement :

1. La patiente ou le patient satisfait aux critères d'admissibilité à la subvention pour frais de transport énoncés ci-dessus : numéros 1, 2, 3, 4 et 5.
2. La patiente ou le patient a présenté l'original des reçus (p. ex. les reçus officiels d'hôtel) pour justifier les frais d'hébergement. Les patients âgés de moins de 18 ans peuvent soumettre un reçu fait au nom d'un parent ou d'un tuteur.

Une allocation d'hébergement de 175 \$ à 1 150 \$ est versée pour toutes les demandes au titre du Programme de SRNOTM dont la date de prestation du service est le 1er décembre 2024 ou après cette date, selon le nombre de nuits d'hébergement nécessaires sur le plan médical déclarées par le fournisseur à la section 6. En ce qui concerne les demandes dont la date de prestation du service est antérieure au 1er décembre 2024, l'allocation d'hébergement va de 100 \$ à 550 \$.

Nombre de nuits	Dates de prestation du service antérieures au 1er décembre 2024	Dates de prestation du service le 1er décembre 2024 ou par la suite
1	100 \$	175 \$
2	200 \$	350 \$
3	250 \$	475 \$
De 4 à 7	500 \$	1 025 \$
Plus de 8	550 \$	1 150 \$

Remarque : Les établissements de soins de santé financés par le ministère comprennent ceux qui fournissent des services qui sont directement et indirectement financés par le MS.

Renseignements sur les tuteurs et les mandataires spéciaux

Si la patiente ou le patient est un enfant âgé de moins de 16 ans, la mère, le père ou la tutrice ou le tuteur de l'enfant peut remplir et signer le formulaire au nom de l'enfant. Si la patiente ou le patient est âgé(e) de 16 ans ou plus, mais est incapable de donner son consentement, une ou un mandataire spécial(e) peut remplir et signer le formulaire au nom de la patiente ou du patient. Les personnes suivantes peuvent agir comme mandataire spécial d'une patiente ou d'un patient :

- une tutrice ou un tuteur qui est autorisé(e) à prendre des décisions au nom de la patiente ou du patient;
- une personne qui détient une procuration relative au soin de la personne et qui est autorisée à prendre des décisions au nom de la patiente ou du patient;
- une représentante ou un représentant désigné(e) par la Commission du consentement et de la capacité et qui est autorisé(e) à donner le consentement;
- la conjointe, le conjoint ou la ou le partenaire;
- un enfant, un parent, une société d'aide à l'enfance ou toute autre personne autorisée à donner ou à refuser le consentement;
- une mère ou un père ayant uniquement un droit de visite;
- un frère ou une sœur;
- d'autres membres de la parenté.

Pour obtenir des renseignements plus précis sur les mandataires spéciaux, veuillez communiquer directement avec le Programme de SRNOTM (voir **coordonnées – Programme de SRNOTM** au bas de la section des consignes).

Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (PAAF) [Pour les fournisseurs]

En ce qui concerne les demandes relatives au Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (PAAF), où le patient est orienté vers un établissement pour l'appareillage, des ajustements ou des réparations d'orthèses ou de prothèses approuvées par le PAAF, les deux critères suivants doivent être satisfaits :

- 1) le fournisseur a un numéro d'autorisateur du PAAF;
- 2) le transport concerne un appareil approuvé par le PAAF.

Critères d'admissibilité à la subvention pour accompagnatrice ou accompagnateur – Une subvention pour accompagnatrice ou accompagnateur **peut** être accordée lorsque tous les critères énumérés ci-dessous sont satisfaits :

1. La patiente ou le patient satisfait aux critères d'admissibilité à la subvention pour frais de transport énumérés ci-dessus.
2. La patiente ou le patient est âgé de moins de 16 ans à la date de la prestation du service.
3. L'accompagnatrice ou l'accompagnateur doit être âgé(e) de 16 ans ou plus.
4. L'accompagnatrice ou l'accompagnateur doit accompagner la patiente ou le patient et payer son propre billet si le déplacement est effectué en avion, en train ou en autobus. S'il s'agit d'un déplacement aller-retour en voiture, **la moitié** de la subvention peut être payée à la patiente ou au patient, et **l'autre moitié** peut être payée à l'accompagnatrice ou l'accompagnateur.

Comité d'examen interne du Programme de SRNOTM

REMARQUE : Si vous disposez de renseignements supplémentaires pour appuyer une révision de votre demande par le Comité d'examen interne du Programme de SRNOTM, veuillez les transmettre au bureau du Programme de SRNOTM à l'adresse suivante :

Programme de subventions accordées aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales

Comité d'examen interne

Direction des services pour les demandes de règlement 159, rue Cedar, 7e étage

Toronto, ON P3E 6A5

S'il y a des circonstances médicales exceptionnelles se rapportant à votre voyage, veuillez fournir une lettre d'appui expliquant ces circonstances rédigée par le fournisseur de services du Nord qui vous aiguille.

Envoyez votre demande à l'adresse :

Programme de SRNOTM du MS
159, rue Cedar, 7e étage
Toronto, ON P3E 6A5

Coordonnées – Programme de SRNOTM

Heures d'ouverture : de 8 h à 17 h, du lundi au vendredi, sauf les jours fériés.

Pour de plus amples renseignements, composez le 1 800 262-6524

ou visitez le <https://www.ontario.ca/fr/page/programme-de-subventions-accordees-aux-residents-du-nord-de-lontario-pour-frais-de-transport>

Demande de subvention accordée aux résidents du Nord pour frais de transport à des fins médicales

À l'usage du ministère – Ne rien écrire ici

Veuillez écrire lisiblement en lettres moulées. Assurez-vous de remplir les DEUX côtés du présent formulaire. Les champs marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires.

Section 1 : Renseignements sur le patient (section obligatoire)

Le patient, tuteur, mandataire spécial ou organisme tiers doit remplir les sections 1, 2 (au besoin), 3 (au besoin), 4 et 5 au complet.

Numéro de carte Santé de 10 chiffres *	Code de version à deux lettres *	REMARQUE : Si un nom de famille a été indiqué ici, il est obligatoire d'indiquer un prénom. *	
		Nom de famille *	Nom unique *
ou			
Second prénom	Prénom * (sans objet si un nom unique est indiqué)		Date de naissance (aaaa/mm/jj) * Langue privilégiée pour la réponse <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français

Adresse associée au numéro de carte Santé de l'Ontario *

Numéro de logement	Numéro de voirie *	Nom de la rue *	Case postale	Code postal *
Ville *		Province *	Numéro de téléphone *	Adresse courriel

Autre adresse postale (au besoin) *

Si vous souhaitez que la correspondance liée à la présente demande soit envoyée à une autre adresse que celle indiquée ci-dessus, veuillez fournir cette information ci-dessous.

Numéro de logement	Numéro de voirie *	Nom de la rue *	Case postale	Code postal *
Ville *		Province *	Numéro de téléphone *	Adresse courriel

Type de moyen de transport *

Voiture (reçus non exigés)	<input type="checkbox"/> Aller simple	<input type="checkbox"/> Aller-retour
Transporteur commercial (original des billets ou des talons exigés) • Le déplacement effectué par le transporteur commercial était-il un aller simple ou un aller-retour?	<input type="checkbox"/> Avion	<input type="checkbox"/> Train <input type="checkbox"/> Autobus
Ambulance/ambulance aérienne	<input type="checkbox"/> Aller simple	<input type="checkbox"/> Aller-retour
Les frais de déplacement du patient sont-ils remboursés par un autre programme ou organisme *		
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, CSPAAT <input type="checkbox"/> Oui, assurance privée (p. ex., responsabilité civile)	<input type="checkbox"/> Oui, SSNA – Programme des services de santé non assurés pour les membres des Premières Nations et Inuits	

Avez-vous voyagé avec une personne accompagnatrice? *

 Oui Non

 Je confirme que je ne pouvais pas voyager sans être accompagné(e) pour ce voyage aux fins de traitement. (À cocher si vous avez répondu « oui » aux questions ci-dessus)

Important : Veuillez joindre les reçus d'hébergement à cette demande.

Section 2 : Renseignements sur la personne accompagnatrice (le cas échéant)

Si vous présentez une demande de subvention pour la personne accompagnatrice, veuillez remplir cette section en entier.

Note: If Last Name entered here, First Name is mandatory. *	Prénom * (sans objet si un nom unique est indiqué)	Second prénom
Nom de famille * Nom unique *	ou	

Adresse postale de la personne accompagnatrice

Veuillez indiquer l'adresse à laquelle vous souhaitez recevoir toute la correspondance liée à cette demande.

<input type="checkbox"/> Identique à l'adresse du patient	Numéro de logement	Numéro de voirie *	Nom de la rue *	Case postale
Code postal *	Ville *	Province *	Numéro de téléphone *	Adresse courriel

Type de moyen de transport *

Voiture (reçus non exigés)	<input type="checkbox"/> Aller simple	<input type="checkbox"/> Aller-retour
Transporteur commercial (original des billets ou des talons exigés) • Le déplacement effectué par le transporteur commercial était-il un aller simple ou un aller-retour?	<input type="checkbox"/> Avion	<input type="checkbox"/> Train <input type="checkbox"/> Autobus
Ambulance/ambulance aérienne	<input type="checkbox"/> Aller simple	<input type="checkbox"/> Aller-retour

Section 3 : Avance de fonds par une société ou un organisme tiers (le cas échéant)

Si les frais de déplacement, y compris la subvention pour frais de transport ou l'allocation d'hébergement, ont été couverts au préalable par un organisme tiers approuvé, veuillez remplir cette section. Le paiement pour lequel un patient est admissible sera versé à cet organisme tiers.

Nom de la société ou de l'organisme *	Numéro de code			
Numéro de logement	Numéro de voirie *	Nom de la rue *	Case postale	Code postal *

Demande de subvention accordée aux résidents du Nord pour frais de transport à des fins médicales

Veillez écrire lisiblement en lettres moulées. Assurez-vous de remplir les DEUX côtés du présent formulaire.

À l'usage du ministère – Ne rien écrire ici

Ville * Province * Municipalité * Numéro de téléphone *

Je demande au Programme de SRNOTM de verser toute la subvention relative à mes frais de transport liés à cette demande de SRNOTM à la société ou l'organisme dont le nom est indiqué ci-dessus. *

Section 4 : Préférence de paiement (section obligatoire)

REMARQUE : Votre relevé bancaire indiquera un paiement de « SRNOTM ».

Si vous choisissez de ne pas remplir cette section ou que vous sélectionnez « Non » ci-dessous, un chèque vous sera envoyé par défaut par courrier ordinaire.

Inscription du patient au dépôt direct

Inscription du patient au dépôt direct Souhaitez-vous recevoir votre subvention par dépôt direct dans votre compte bancaire? Oui Non

Si vous avez répondu « Oui » au dépôt direct, veuillez inclure un formulaire de demande de dépôt direct ou un spécimen de chèque avec votre demande de subvention SI :

- C'est la première fois que vous choisissez de recevoir un paiement de subvention par dépôt direct

ou

- Les renseignements sur votre compte bancaire que vous avez fournis antérieurement ont changé depuis le dernier paiement de subvention que vous avez reçu par dépôt direct

Inscription de la personne accompagnatrice au dépôt direct *

Souhaitez-vous recevoir votre subvention par dépôt direct dans votre compte bancaire? Oui Non

Si vous avez répondu « Oui » au dépôt direct, veuillez inclure un formulaire de demande de dépôt direct ou un spécimen de chèque avec votre demande de subvention.

PERSONNES ACCOMPAGNATRICES SEULEMENT : Les personnes accompagnatrices qui désirent recevoir leur paiement par dépôt direct DOIVENT transmettre un NOUVEAU formulaire de demande de dépôt direct ou spécimen de chèque chaque fois qu'elles ou ils présentent une demande.

Section 5 : Autorisation du patient, du tuteur ou du mandataire spécial (section obligatoire)

Avis : Le ministère ne traitera votre demande que si vous (et la personne qui vous accompagne, s'il y a lieu) fournissez les renseignements personnels requis aux sections 1 et 4 de la demande. Le ministère a besoin de ces renseignements pour veiller à la bonne administration du Programme de SRNOTM. Il les utilisera et pourrait les divulguer afin de déterminer votre admissibilité et de traiter votre demande. Si vous (et la personne qui vous accompagne, s'il y a lieu) ne consentez pas à ce que le ministère recueille, utilise et divulgue ces renseignements, ce dernier ne pourra pas traiter votre demande. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le gestionnaire du Programme de SRNOTM par courrier (voir l'adresse indiquée ci-dessus) ou par téléphone au 1 800 262-6524.

* Je confirme que je suis le :

- Patient
- Parent/tuteur
- Mandataire spécial du patient (voir les consignes)

* En remplissant cette demande, je, _____ (Prénom_Nom de famille) consens à ce que le

ministère de la Santé recueille, utilise et divulgue les renseignements personnels sur la santé conformément à la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé.

Signature du patient, du tuteur ou du mandataire spécial *

Section 6 : Renseignements sur le médecin spécialiste ou le fournisseur de service (section obligatoire)

Le médecin spécialiste ou le fournisseur de service doit remplir cette section en entier.

Date de prestation du service (aaaa/mm/jj) * Nom de famille du médecin spécialiste ou du fournisseur de service * Initiales * Désignation professionnelle

Spécialité * Numéro de facturation du RASO Nom de l'établissement où le service a été fourni *

Ville dans laquelle le service a été fourni * Numéro de téléphone

Nature du service fourni Consultation Intervention Chirurgie Visite de suivi Autre

Ce service médical est-il couvert par l'Assurance-santé? Oui Non

Ce service se rapporte-t-il à la CSPAAT? Oui Non

Le patient a-t-il été hospitalisé pendant ce voyage aux fins de traitement? Oui Non

Ce service médical se rapporte-t-il à un appareil autorisé par le PAAF? Oui Non Si oui, indiquer le numéro du programme

Ce service médical est-il fourni dans le cadre du Programme de traitement des fissures labiales et palatines? Oui Non Si oui, indiquer le numéro du programme

Ce service médical est-il fourni dans le cadre du Programme ontarien de soins dentaires pour les aînés? Oui Non

Ce service médical est-il fourni dans le cadre du Programme ontarien de procréation assistée (POPA)? Oui No

Nombre de nuits pendant lesquelles le patient a dû s'héberger pour recevoir les soins de santé 1 2 3 4 5 6 7 8+ nuits

Code de frais du médecin : J'atteste que les renseignements fournis dans la présente section sont exacts.

K036

Signature du médecin spécialiste ou du fournisseur de service *