

PROGRAMME DE REMBOURSEMENT DES DÉPENSES DES DONNEURS VIVANTS (PREDOV)

Formulaire de demande du PREDOV

Ce formulaire doit être rempli par tous les donneurs d'organes vivants admissibles et soumis accompagné des reçus originaux ou numérisés.

Section A : Informations sur le demandeur

Nom : _____ Sexe : M F Autre

Date de naissance : _____ Numéro de téléphone : _____ Courriel : _____

Adresse du domicile : _____

Ville : _____ Province : _____ Pays : _____

Code Postal : _____ Numéro de carte Santé : _____

Programme de transplantation : _____ Rein Foie

	Oui	Non
Êtes-vous admissible à une Subvention aux résidents du Nord pour frais de transport à des fins médicales? Si oui, vous devez faire une demande de Subvention aux résidents du Nord pour frais de transport à des fins médicales avant de faire une demande de PREDOV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous souhaitez faire une demande d'aide financière pour perte de revenus? Si oui, vous devez soumettre le formulaire de vérification des revenus et des prestations .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Réservé aux résidents non canadiens

Numéro de passeport : _____ Devise de remboursement : _____

Je _____ soussigné(e), déclare avoir fourni, au mieux de mes connaissances, des informations exactes et complètes. Je comprends que les renseignements personnels fournis dans cette demande ne seront utilisés qu'aux fins d'établir mon admissibilité au remboursement des dépenses par le Réseau Trillium pour le don de vie (RTDV). Les renseignements fournis seront traités par Workday, un prestataire de services tiers, dans une juridiction située en dehors du Canada. Workday respecte les normes internationalement reconnues en matière de protection de la vie privée et est soumis au Règlement général sur la protection des données (RGPD) de la Commission européenne. Je comprends également que le RTDV peut compiler des informations statistiques pour rendre compte de son programme de remboursement des dépenses ou à des fins démographiques; aucune information personnelle permettant d'identifier une personne ne sera utilisée à ces fins de reporting. Si vous avez des inquiétudes concernant la façon dont le RTDV gère vos renseignements personnels, veuillez consulter le site www.giftoflife.on.ca ou appeler l'agent de protection de la vie privée au 1-800-263-2833.

Signature du demandeur Date jj mm aaaa _____

Facultatif : Avez-vous un lien de parenté avec le receveur d'organe prévu?

Oui Non Je fais un don de manière anonyme

Origine ethnique _____

Veillez consulter la brochure PREDOV pour connaître les critères d'admissibilité détaillés pour chaque catégorie de dépenses. Les reçus originaux ou numérisés doivent être soumis pour toutes les demandes de remboursement des donneurs et des accompagnateurs, à l'exception des frais de déplacement et des indemnités de repas.

Section B : Demandes de remboursement de frais

Nom : _____ Date : _____
 _____ jj _____ mm _____ aaaa

Voyage : Comprend les billets d'avion en classe économique (plus de 100 km), le train, le bus et le service de navette/taxi/covoiturage, le kilométrage (0,41 \$/km), le stationnement ou les transports en commun jusqu'à un maximum de 2000 \$. Pour le remboursement par kilométrage, estimez la distance parcourue, aller simple, entre le domicile et le programme de transplantation et incluez le nombre total de trajets aller simple effectués (un voyage aller-retour compterait pour 2). **Les reçus sont obligatoires.**

Détails			Demande de remboursement (\$) Maximum 2 000 \$	Remboursement Usage administratif
Distance entre le domicile et le programme de transplantation ____ k/m	Demande de remboursement des voyages aller simple _____	Demande de remboursement du kilométrage total _____ x 0,41 \$/km	\$ _____ 0,00	
Nombre de stationnement total déclaré			\$ _____	
Montant total du billet d'avion			\$ _____	
Prix total du billet de bus / Prix total du billet de train			\$ _____	
Transports en commun			\$ _____	
Autres types de voyages : _____			\$ _____	
Demande de remboursement total des frais de voyage			\$ _____ 0,00	

Repas : Comprend les frais de repas engagés dans le cadre d'une consultation éligible (évaluations à l'hôpital, chirurgie de don et suivi postopératoire à l'hôpital jusqu'à un an après l'intervention). L'allocation journalière maximale est de 30 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 210 \$. **Aucun reçu n'est requis.**

		Réclamation (\$) Maximum 210 \$	Remboursement Usage administratif
Nombre de jours pour lesquels des repas sont demandés	Total des frais de repas déclaré	\$ _____	

Hébergement : Pour les donneurs qui vivent à plus de 100 km de leur hôpital de transplantation, une prise en charge des frais d'hébergement peut être demandée pour chaque visite d'évaluation, jusqu'à 5 nuits après la sortie de l'hôpital suite à l'opération, et jusqu'à un an après l'opération pour les rendez-vous de suivi. L'indemnité maximale journalière est de 250 \$ par nuit, pouvant aller jusqu'à 2500 \$ par réclamation. **Les reçus sont obligatoires. Des exceptions peuvent s'appliquer aux donneurs résidant hors de la province ou à l'étranger. Veuillez contacter l'administrateur pour plus de détails.**

		Réclamation (\$) Maximum 2 500 \$	Remboursement Usage administratif
Nombre de nuits déclaré _____	Total des frais d'hébergement déclaré	\$ _____	

OPTIFAST®, Frais médicaux, Médicaments sur ordonnance, Dépenses non médicales

OPTIFAST® : pour les donneurs de foie vivants qui sont tenus de prendre OPTIFAST®, comme vérifié par leur programme de transplantation, jusqu'à 700 \$. **Les reçus sont obligatoires.**

		Demande de remboursement (\$) Maximum 700 \$	Remboursement Usage administratif
Total OPTIFAST® déclaré		\$ _____	
Frais médicaux, médicaments sur ordonnance, frais non médicaux : les dépenses seront examinées au cas par cas et peuvent être couvertes jusqu'à concurrence de 500 \$ par catégorie. Les reçus sont obligatoires.		Réclamation (\$) Maximum 1 500 \$	
Total des demandes de remboursement médicales, de médicaments sur ordonnance et de soins non médicaux		\$ _____	

Section C : Demandes de remboursement de frais pour accompagnateur

Tous les donneurs qui subissent une intervention chirurgicale auront droit au remboursement des frais de voyage, d'hébergement et de repas de leur accompagnateur, au même tarif que le donneur vivant. Les frais de l'accompagnateur ne seront remboursés que pendant la période précédant immédiatement l'intervention chirurgicale, pendant le séjour à l'hôpital et jusqu'à 5 jours après la sortie du donneur de l'hôpital, et ce jusqu'à son retour à domicile. Les consultations d'évaluation régulière ou de suivi ne seront pas remboursées.

Nom du demandeur : _____

Nom de l'accompagnateur : _____ Date : _____
jj mm aaaa

Voyage en compagnie d'un accompagnateur : Comprend les billets d'avion en classe économique (plus de 100 km), le train, le bus ou tout autre transport en commun jusqu'à un maximum de 2000 \$. Les accompagnateurs voyagent généralement avec le donneur et ne sont donc pas éligibles aux dépenses réclamées par ce dernier. <i>Les autres voyages d'accompagnement seront examinés au cas par cas. Les reçus sont obligatoires.</i>		
Voyage de l'accompagnateur avec le donneur	Réclamation (\$) Maximum 2 000 \$	Remboursement <i>Usage administratif</i>
Montant total du billet d'avion	\$ _____	
Prix total du billet de bus / Prix total du billet de train	\$ _____	
Transports en commun	\$ _____	
Autres voyages de l'accompagnateur		
Détails : _____	\$ _____	
Demande de remboursement total pour voyage d'un accompagnateur	\$ _____ 0,00	

Repas de l'accompagnateur : Comprend les repas la veille de l'opération, pendant le séjour à l'hôpital et jusqu'à 5 jours après la sortie du donneur de l'hôpital. L'allocation journalière maximale est de 30 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 210 \$. Aucun reçu n'est requis.		
	Réclamation (\$) Maximum 210 \$	Remboursement <i>Usage administratif</i>
Nombre de jours pour lesquels des repas sont demandés _____	Total des frais de repas déclaré \$ _____	

Hébergement : Les accompagnateurs des donneurs qui vivent à plus de 100 km de leur hôpital de transplantation peuvent prétendre au remboursement de leurs frais d'hébergement la nuit précédant l'opération, pendant le séjour à l'hôpital et jusqu'à cinq jours après la sortie du donneur de l'hôpital. L'indemnité maximale journalière est de 250 \$ par nuit, pouvant aller jusqu'à 2500 \$ par réclamation. Les reçus sont obligatoires. Les dépenses dépassant ces limites seront prises en compte pendant la haute saison ainsi que pour les demandeurs provenant d'autres provinces ou de l'étranger qui doivent prolonger leur séjour.		
	Réclamation (\$) Maximum 2 500 \$	Remboursement <i>Usage administratif</i>
Nombre de nuits déclaré _____	Demande de remboursement total pour l'hébergement d'un accompagnateur \$ _____	

Section D : Formulaire de demande de dépôt direct

Si c'est la première fois que vous soumettez une demande au Programme de remboursement des dépenses des donneurs vivants (PREDOV), veuillez inclure cette page ainsi que vos informations bancaires (chèque annulé ou lettre de l'institution financière) et le formulaire de demande.

Si vos informations de paiement ont changé ou si vous avez déjà reçu un paiement par chèque, veuillez soumettre à nouveau ce formulaire ou l'inclure avec votre demande, accompagné de toutes les coordonnées bancaires pertinentes.

Renseignements sur le patient

Nom de famille du patient	Prénom du patient
---------------------------	-------------------

Informations bancaires pour le transfert électronique de fonds

VOUS NE RECEVREZ AUCUN PAIEMENT SI VOUS NE REMPLISSEZ PAS CETTE SECTION ET NE JOIGNEZ PAS UN CHÈQUE ANNULÉ OU UNE LETTRE BANCAIRE SIGNÉE.

Nom de l'institution financière	
Adresse de l'institution financière	Pays de l' institution financière

Informations sur le compte bancaire canadien :

Numéro de banque	Numéro d'agence	Numéro de compte :
------------------	-----------------	--------------------

Autorisation

En signant ce formulaire, je certifie que tous les renseignements fournis sont véridiques et exacts, au meilleur de ma connaissance.

Signature du patient	Date
----------------------	------

Liste de contrôle de l'application PREDOV

Cette liste de contrôle comprend des instructions sur la manière de soumettre une demande au PREDOV

Pour que votre demande au PREDOV soit traitée le plus rapidement possible, veuillez vous assurer que tous les formulaires et documents justificatifs requis sont soumis. **Les demandes doivent être reçues au plus tard 12 mois après votre dernière évaluation ou consultation de suivi pour être éligibles au remboursement.**

Veuillez vous référer à la liste de vérification des candidatures (ci-dessous) avant de soumettre votre dossier de candidature.

Formulaires requis : Tous les donneurs d'organes vivants et les donneurs d'organes vivants potentiels qui souhaitent obtenir un remboursement financier de PREDOV sont tenus de soumettre ces formulaires.

<input type="checkbox"/>	Formulaire de demande du PREDOV (Sections A et B ci-dessus)	<ul style="list-style-type: none">✓ Veuillez inclure les reçus originaux pour toutes les dépenses admissibles, à l'exception des demandes de remboursement de frais kilométriques et d'indemnités de repas.✓ Les candidats du Nord de l'Ontario qui ont présenté une demande de Subvention aux résidents du Nord pour frais de transport à des fins médicales peuvent soumettre des photocopies de reçus.
<input type="checkbox"/>	Formulaire de demande de dépôt direct (Section D ci-dessus)	<ul style="list-style-type: none">✓ Le demandeur doit être un résident canadien pour être admissible au dépôt direct✓ Un chèque annulé ou une lettre de l'institution financière du donneur doit être joint au formulaire de demande/dépôt direct du PREDOV

Formulaires complémentaires : Ces formulaires s'appliquent à certains donneurs d'organes vivants et à certains donneurs d'organes vivants potentiels. Consultez les détails pour déterminer votre admissibilité.

<input type="checkbox"/>	Demande de remboursement des dépenses d'un accompagnateur (Section C ci-dessus)	<ul style="list-style-type: none">✓ Remplissez et soumettez la section C de la <i>demande du PREDOV</i> si vous êtes un donneur vivant et qu'un accompagnateur vous a accompagné lors de votre intervention chirurgicale.
<input type="checkbox"/>	Formulaire de vérification des revenus et des prestations	<ul style="list-style-type: none">✓ Remplissez et soumettez ce formulaire si vous :<ul style="list-style-type: none">▪ Êtes un résident canadien qui travaille ou qui est travailleur indépendant▪ Avez subi une intervention chirurgicale pour faire don de votre organe✓ Ce formulaire doit être rempli par le candidat et son employeur, le cas échéant.
<input type="checkbox"/>	Certificat de perte de revenus	<ul style="list-style-type: none">✓ Remplissez le <i>certificat</i> avec votre médecin/coordonnateur de transplantation dès que l'intervention chirurgicale du donneur est programmée.✓ Soumettez avec le <i>formulaire de vérification des revenus et des prestations</i>.
<input type="checkbox"/>	Lettre de soutien aux voyages	<ul style="list-style-type: none">✓ Pour les donneurs résidant à l'extérieur de l'Ontario qui doivent se déplacer pour une évaluation ou une intervention chirurgicale afin de devenir donneur d'organes vivants.✓ À remplir avant de se rendre en Ontario

Les demandes dûment remplies peuvent être numérisées et envoyées par courriel au coordonnateur du PREDOV à l'adresse PRELOD@ontariohealth.ca ou par la poste dans une enveloppe confidentielle à l'adresse suivante :

Réseau Trillium pour le don de vie, Coordonnateur PREDOV,
157 Adelaide Street West, Box 606
Toronto, Ontario, M5H 4E7