

POLITIQUE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS D'AMBULANCE

1. OBJECTIF

La présente politique a pour objectif d'établir les modalités encadrant le remboursement, en tout ou en partie, des frais d'ambulance encourus par les citoyens de la Municipalité du Canton de Dundee, dans des circonstances bien définies.

2. PORTÉE

Cette politique s'applique à tous les résidents permanents de la municipalité qui ont utilisé les services ambulanciers dans un cadre d'urgence, et dont les frais ne sont pas entièrement couverts par d'autres programmes gouvernementaux, assureurs privés ou régimes collectifs.

3. CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ

Pour être admissible à un remboursement, le demandeur doit satisfaire aux conditions suivantes :

- Être résident de la municipalité au moment de l'appel d'ambulance.
- Avoir utilisé les services d'ambulance dans un contexte d'urgence médicale.
- Fournir une preuve de paiement des frais d'ambulance ainsi qu'une copie du rapport de transport (si disponible).
- Démontrer que les frais ne sont pas remboursés par d'autres sources (assurance privée, RAMQ, CNESST, SAAQ, etc.).

4. MONTANT REMBOURSABLE

La municipalité pourra rembourser jusqu'à un maximum de 250 \$ des frais admissibles par événement, sous réserve des crédits budgétaires disponibles.

5. DÉLAI DE DEMANDE

La demande de remboursement doit être présentée à la municipalité dans un délai maximum de 6 mois suivant la date du transport ambulancier.

6. PROCÉDURE DE DEMANDE

Le citoyen doit :

- Remplir le formulaire de demande de remboursement disponible à l'hôtel de ville ou sur le site web de la municipalité.
- Joindre les pièces justificatives (preuve de résidence, facture, preuve de non-couverture par d'autres régimes, etc.).
- Soumettre le tout au Directeur Général.

7. ANALYSE ET TRAITEMENT

Les demandes seront analysées par le Directeur Général dans un délai de 30 jours ouvrables. Un avis écrit sera transmis au demandeur quant à la décision rendue.

8. DISPOSITIONS FINALES

La présente politique entre en vigueur à compter du 12 mai 2025 et peut être révisée ou abrogée par le conseil municipal en tout temps.

Formulaire de demande de remboursement – Frais d’ambulance

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DU DEMANDEUR

Nom complet : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Est-ce votre résidence principale ? Oui [] Non []

SECTION 2 – DÉTAILS DU TRANSPORT EN AMBULANCE

Date du transport : ___ / ___ / _____

Lieu de prise en charge : _____

Destination (établissement de santé) : _____

Motif de l’appel (bref résumé, ex. : urgence cardiaque, accident, etc.) :

SECTION 3 – INFORMATIONS SUR LES COÛTS

Montant total de la facture : _____ \$

Avez-vous une assurance privée ou collective ? Oui [] Non []

Une portion a-t-elle été remboursée par une autre entité (RAMQ, SAAQ, CNESST, etc.)

Oui [] Non [] Si oui, montant remboursé : _____ \$

SECTION 4 – DOCUMENTS À FOURNIR

Veuillez joindre les documents suivants à votre demande :

- Copie de la facture des frais d’ambulance
- Preuve de paiement (reçu)
- Preuve de résidence (copie d’un compte de services, bail, permis de conduire,)
- Preuve de non-couverture (relevé de l’assureur, lettre de refus, etc.)
- (Facultatif) Rapport de transport si disponible

SECTION 5 – DÉCLARATION

Je certifie que les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts et complets. Je comprends que toute fausse déclaration pourrait entraîner le rejet de la demande.

Signature du demandeur : _____

Date : ___ / ___ / _____

À remplir par la municipalité (usage interne)

Date de réception : ___ / ___ / _____

Demande conforme : Oui [] Non []

Montant approuvé : _____ \$

Décision rendue le : ___ / ___ / _____

Signature : _____