Yukon
Santé et Affaires sociales

DÉPLACEMENTS POUR SOINS MÉDICAUX À L'INTÉRIEUR DU YUKON
DEMANDE D'INDEMNITÉ

LE PATIENT[1] doit retourner le formulaire dûment rempli :

en personne :
Édifice Financial Plaza
204, rue Lambert
4e niveau
Whitehorse (Yukon)

par la poste :
Déplacements pour soins médicaux
Services de santé H-2
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon)
Y1A 2C6

Tél. : 867-667-5203 ou, sans frais, 1-800-661-0408, poste 5203

Téléc. : 867-393-6486

Les personnes suivantes ne sont pas admissibles à l'indemnité de déplacement pour soins médicaux dans le cadre du présent programme :

- Les personnes atteintes d'une blessure ou d'une maladie professionnelle sont couvertes par la Commission de la santé et de la sécurité au travail.
- Les Autochtones de plein droit, les membres des Forces armées et de la GRC, les employés de Postes Canada et du gouvernement fédéral, leur conjoint ou les personnes à leur charge sont couverts en vertu de lois fédérales ou territoriales.

Important : L'omission de faire remplir la partie 2 ci-dessous et d'obtenir les signatures requises, attestant l'aiguillage du patient vers des services médicaux, entraînera le rejet de la demande.

Veuillez écrire lisiblement en lettre détachées.

PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Date de naissance (année/mois/jour) _____

Nom _____
nom de famille prénom initiales

Numéro d'assurance-santé 002 ___ ___ ___ ___ ___ ___

Adresse du domicile _____ Téléphone (dom.) _____(trav.) _____

PARTIE 2: RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (Partie à remplir obligatoirement)

Diagnostic _____

Raison du déplacement _____

Nom de l'accompagnateur _____ Raison médical _____

Date du rendez-vous (a/m/j)	Heure	Nom du médecin	Service	SIGNATURE D'ATTESTATION *(Par la présente, j'atteste que le patient s'est présenté à son rendez-vous et a reçu les services médicaux vers lesquels il a été aiguillé.)*
				Date
				Date
				Date

Aiguillage par _____ _____ _____
SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE OU DU MÉDECIN | NUMÉRO DU MÉDECIN | DATE (A/M/J)

PARTIE 3: RENSEIGNEMENTS SUR LE DÉPLACEMENT - Le paiement risque d'être retardé ou refusé si cette section n'est pas remplie.

Date du déplacement _____ (a/m/j) Déplacement de _____ à _____ **Date de retour** _____

Mode de transport ☐ véhicule personnel ☐ autobus ***Nota*** : **Joindre le talon du billet**
☐ avion ***Nota*** : **Joindre une copie du billet** ☐ Évacuation sanitaire - air ☐ aller ☐ aller-retour

Le chèque doit être libellé à l'ordre de : (Veuillez vous assurer que les renseignements fournis ci-dessous sont exacts, sinon le paiement pourrait être retardé.)

Nom _____ Adresse _____

_____ _____
SIGNATURE DU PATIENT OU DU PARENT OU TUTEUR | DATE (A/M/J)

PARTIE 4 : INDEMNITÉ DE DÉPLACEMENT

Le but de la subvention est d'aider les patients à payer une partie de leurs dépenses pendant qu'ils reçoivent des soins médicaux en clinique externe à l'intérieur du Yukon. L'indemnité est versée au patient. Aucune pièce justificative n'est exigée. Elle est de 75 $ par jour à partir du 2e jour où le patient reçoit ces soins, jusqu'à un maximum de 90 jours.

RÉSERVÉ À LA RÉGIE INTERNE						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Indemnité – patient _____ jours à 75 $/jour= _____,00 $

PARTIE 5 : RÉSERVÉ À LA RÉGIE INTERNE

☐ accepté ☐ rejeté

Date (a/m/j)_____

_____
MÉDECIN AUTORISANT LES DÉPLACEMENTS POUR SOINS MÉDICAUX

Avis aux patients : Les renseignements fournis aux présentes sont recueillis en vertu de la *Loi sur les frais de déplacement liés à des soins médicaux* afin de déterminer l'admissibilité au programme. Veuillez adresser toute demande de renseignements à la Direction des services de santé assurés, au 867-667-5202 ou, sans frais, au 1-800-661-0408, poste 5202.

YG(4834F)PD Rev.01/2011

[1]Dans le présent document, les expressions désignant des personnes visent à la fois les hommes et les femmes.

Imprimer Effacer