

RÉSERVÉ À LA RÉGIE INTERNE		
Date du déplacement _____	Avisé <input type="checkbox"/>	Programme expliqué <input type="checkbox"/>

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.

Veillez retourner le formulaire dûment rempli.

En personne : Édifice Financial Plaza
204, rue Lambert
4^e niveau
Whitehorse (Yukon)
Tél. : 867-667-5203 ou 867-667-5233
Télééc. : 867-393-6486

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

PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT¹ (La demande ne sera pas examinée si les renseignements fournis ci-dessous ne sont pas complets)

Nom _____ Date de naissance _____

Nom de famille Prénom Initiales Année/Mois/Jour

Adresse _____

Numéro d'assurance-santé 002 _____ Téléphone (dom.) _____ (trav.) _____

PARTIE 2 : RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Diagnostic _____

Médecins consultés à Whitehorse _____

Noms et dates _____

Rendez-vous Date et heure	Énumérez tous les services – Désignation précise de l'acte médical, chirurgie, examen, consultation	Prénom et nom du médecin	Spécialité du médecin (obligatoire)	Nom de l'établissement	Admission – Oui Nombre de jours estimé

PARTIE 3 : RENSEIGNEMENTS SUR LE DÉPLACEMENT

De _____

Destination	Mode de transport	Besoins spéciaux
Vancouver <input type="checkbox"/>	Vol régulier <input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant <input type="checkbox"/>
Edmonton <input type="checkbox"/>	Véhicule personnel <input type="checkbox"/>	Autre _____
Calgary <input type="checkbox"/>	Autobus <input type="checkbox"/>	_____
Autre <input type="checkbox"/>	Évacuation sanitaire <input type="checkbox"/>	_____

Aiguillé par _____

SIGNATURE (À LA MAIN) DU PRATICIEN AUTORISÉ NUMÉRO DU MÉDECIN DATE

Raison du déplacement en vue du traitement médical _____

Nom de l'accompagnateur – veuillez indiquer les raisons médicales justifiant la présence d'un accompagnateur (ex. patient de moins de 19 ans, à mobilité réduite, etc.)

Déplacement : RÉSERVÉ À LA RÉGIE INTERNE

Date de départ _____ Vol du matin
 Vol d'après-midi

Date de retour _____ Vol du matin
 Vol d'après-midi

PARTIE 4 : RÉSERVÉ À LA RÉGIE INTERNE

Vérification RASY _____ Approuvé
 Non approuvé

MÉDECIN AUTORISANT LES DÉPLACEMENTS POUR SOINS MÉDICAUX

Nota : 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.