

Formulaire à remplir pour demander le remboursement de frais engagés pour l'achat de médicaments, de fournitures médicales ou d'équipement médical. Les demandes doivent être soumises dans l'année qui suit l'achat.

Programmes de santé	
Sélectionnez le programme visé par votre demande :	
☐	Programme d'aide pour les personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'une incapacité
☐	Régime d'assurance-santé complémentaire (fournitures médicales et équipement pour les personnes âgées)
☐	Régime d'assurance-médicaments (médicaments sur ordonnance pour personnes âgées)
☐	Régime d'assurance-médicaments national au Yukon

Renseignements sur la personne admissible				
Prénom		Nom de famille		
Date de naissance AAAA - MM - JJ	Numéro du Régime d'assurance-santé du Yukon			
Adresse postale				
N° d'appartement (facultatif)	Numéro et rue	Ville	Province ou territoire	Code postal

Renseignements sur le remboursement			
Fournisseur ou prestataire de services			Numéro de téléphone
Prestataire de soins de santé			Numéro de téléphone
Personne ayant effectué le paiement (si différente de la personne admissible)			Numéro de téléphone
Art.	Date d'achat	Article acheté	Montant
1	AAAA - MM - JJ		
2	AAAA - MM - JJ		
3	AAAA - MM - JJ		
4	AAAA - MM - JJ		
5	AAAA - MM - JJ		
Note : Joignez un état détaillé des frais et une preuve de paiement. Une ordonnance officielle est requise pour le remboursement de médicaments.			

Envoyez le formulaire dûment rempli aux Services de santé assurés :

Par télécopieur : 867-393-6486

Par la poste : Services de santé assurés
(H-2) C.P. 2703
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

En personne : 204, rue Lambert, 4e étage
Whitehorse (Yukon)

Par transfert sécurisé de fichiers : Demandez un lien de transfert sécurisé de fichiers à yukon.healthcare@yukon.ca.

Note : N'envoyez pas le formulaire par courriel non sécurisé.

Avez-vous des questions?

Contactez-nous par l'une des méthodes ci-dessus ou composez le 867-393-5209 ou le 1-800-661-0408 (sans frais), poste 5209.