



DÉPLACEMENTS POUR SOINS MÉDICAUX
DEMANDE D'INDEMNITÉ

☐ Au Yukon ☐ À l'extérieur du Yukon

Retourner le formulaire dûment rempli :

Boîte de dépôt sécurisé

Déposer le formulaire dans la boîte de dépôt sécurisée qui se trouve à l'Aéroport international Erik-Nielsen de Whitehorse ou à l'Hôpital général de Whitehorse.

En personne

4^e étage, Édifice Financial Plaza
204, rue Lambert
Whitehorse (Yukon)

Par la poste

Déplacement pour soins médicaux
Services de santé, H-2
C.P. 2703, Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

Courriel : medicaltravel@yukon.ca
Téléphone : 867-667-5203 ou 867-667-5233 (à frais virés)
Fax : 867-393-6486

Le but de l'indemnité est d'aider les patients à payer une partie de leurs dépenses pendant qu'ils reçoivent des soins médicaux en consultation externe. L'indemnité est versée au patient ou à son accompagnateur. Aucune pièce justificative n'est exigée.

Le père ou la mère a droit à l'indemnité pendant que son enfant est hospitalisé.

Le patient qui reçoit des soins prolongés en consultation externe peut soumettre (par fax ou par courriel) le présent formulaire chaque semaine. Le formulaire sera traité dès sa réception.

Renseignements sur le patient

Nom complet (prénom, initiale, nom de famille)

Numéro d'assurance-santé du Yukon
00 _____

Mode de transport : ☐ Avion ☐ Voiture

Date du départ
AAAA/MM/JJ

Date du retour
AAAA/MM/JJ

Au départ de : _____ À destination de _____

Confirmation des services médicaux

Service médical reçu	Soins d'un jour	Admission pour la nuit ou plus d'un jour		Hôpital ou clinique	Signature d'attestation (médecin, infirmière, technicien)
	Date du rendez-vous	Date d'admission	Date de congé		
Exemples : Arthroplastie totale de la hanche	AAAA/MM/JJ	2019/01/21	2019/01/28	Royal Columbian Hosp.	Signature
IRM	2019/01/30	AAAA/MM/JJ	AAAA/MM/JJ	Hôpital de Whitehorse	Signature
	AAAA/MM/JJ	AAAA/MM/JJ	AAAA/MM/JJ		
	AAAA/MM/JJ	AAAA/MM/JJ	AAAA/MM/JJ		
	AAAA/MM/JJ	AAAA/MM/JJ	AAAA/MM/JJ		
	AAAA/MM/JJ	AAAA/MM/JJ	AAAA/MM/JJ		
	AAAA/MM/JJ	AAAA/MM/JJ	AAAA/MM/JJ		

Libeller le chèque à l'ordre de ☐ Patient ☐ Accompanyeur ☐ Chèques distincts

Nom complet du patient

Téléphone

Adresse

Nom complet de l'accompagnateur (si approuvé)

Téléphone

Adresse

Signature

S'agit-il d'un cas lié au travail (CSST)? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous une couverture d'assurance de l'un des suivants? ☐ Oui – cochez toutes les cases qui s'appliquent ☐ Non

☐ GRC ☐ Statut de Première nation ☐ Postes Canada ☐ Gouvernement fédéral (ex. Parcs Canada, MPO)

Je déclare que, à ma connaissance, les renseignements fournis aux présentes sont exacts.

Signature du patient ou du tuteur

AAAA/MM/JJ
Date

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

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 du patient

____ jours à _____ \$/jour = _____ .00 \$

____ jours à _____ \$/jour = _____ .00 \$

Indemnité de l'accompagnateur

____ jours à _____ \$/jour = _____ .00 \$

____ jours à _____ \$/jour = _____ .00 \$