

PATIENT must return completed form to:

Drop off

4th floor
Financial Plaza Building
204 Lambert Street
Whitehorse, Yukon

Mail

Medical Travel
Health Services, H-2
Box 2703
Whitehorse, Yukon, Y1A 2C6

Phone (867) 667-5203 (call collect) or (867)667-5233

Fax (867) 393-6486

The purpose of subsidy is to assist patients with costs such as accommodation, meals, taxis while receiving outpatient medical services. Subsidy is \$75/day starting on Day 2 of outpatient services to a maximum of 90 days.

A parent is eligible for subsidy starting on Day 2 of their child's outpatient appointment or admission to hospital.

A patient receiving long-term outpatient treatment may fax us installments and we will process eligible subsidy payment.

PATIENT INFORMATION

Name _____

Yukon Health Care Number 00 _____

Travel by air road

Departure date _____
YYYY/MM/DD

Return date _____
YYYY/MM/DD

CONFIRMATION OF MEDICAL SERVICES

Appointment date YYYY/MM/DD	Medical service received	Outpatient appt. ✓	Day surgery ✓	Admission date YYYY/MM/DD	Discharge date YYYY/MM/DD	Hospital	VERIFICATION SIGNATURE Doctor, Nurse, Technician
<i>Example</i> 2016/01/23	<i>MRI</i>	✓				<i>St. Paul's Hospital</i>	<i>Signature</i>
<i>Example</i>	<i>Total hip replacement</i>			<i>2016/01/20</i>	<i>2016/01/27</i>	<i>Royal Columbian Hospital</i>	<i>Signature</i>

It is the responsibility of the patient to have this form completed and to obtain verification signatures. No subsidy can be paid without it. Please submit your claim for review when you return home.

Cheque should be made payable to

Name _____ Telephone _____

Address _____

I declare that I am not covered under WCB RCMP Status Canada Post Feds (ie DFO/Parks Canada)

I verify that the information contained on this form is true to the best of my knowledge.

Signature of patient or guardian _____

Date (YYYY/MM/DD) _____

OFFICE USE ONLY

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

Subsidy – patient _____ days @ \$75/day = \$ _____ .00 Vendor ID CD _____

Subsidy – escort _____ days @ \$75/day = \$ _____ .00 Address _____

**DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE POUR LES DÉPLACEMENTS
POUR SOINS MÉDICAUX À L'EXTÉRIEUR DU YUKON**

English on reverse

LE PATIENT¹ doit retourner le formulaire rempli :

en personne : Édifice Financial Plaza
204, rue Lambert
4^e 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 (à frais virés) ou 867-667-5233
Télec. : 867-393-6486

Le but de l'allocation est d'aider les patients à payer des coûts tels l'hébergement, les repas et les taxis pendant qu'ils reçoivent des soins médicaux en clinique externe à l'extérieur du Yukon. L'allocation est de 75 \$ par jour à partir du 2^e jour où le patient reçoit ces soins, jusqu'à un maximum de 90 jours.

Un parent a droit à l'allocation à partir du 2^e jour où son enfant reçoit des soins en clinique externe ou est hospitalisé.

Un patient recevant un traitement prolongé en clinique externe peut expédier les renseignements par télécopieur en plusieurs tranches et nous verserons l'allocation admissible.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom _____ Numéro d'assurance-santé 002 _____

Mode de transport avion route Date de départ _____ Date de retour _____
AAAA/MM/JJ AAAA/MM/JJ

CONFIRMATION DES SERVICES MÉDICAUX REÇUS							
Date du rendez-vous AAAA/MM/JJ	Services médicaux reçus	Consultation externe ✓	Chirurgie de jour ✓	Date d'admission AAAA/MM/JJ	Date de congé AAAA/MM/JJ	Hôpital	SIGNATURE DE VÉRIFICATION Méd./inf./tech.
<i>Exemple</i> 2016/01/23	<i>IRM</i>	✓				<i>St. Paul's Hospital</i>	<i>Signature</i>
<i>Exemple</i>	<i>Arthroplastie totale de la hanche</i>			<i>2016/01/20</i>	<i>2016/01/27</i>	<i>Royal Columbian Hospital</i>	<i>Signature</i>

Il incombe au patient de faire remplir le présent formulaire et d'obtenir les signatures aux fins de vérification, à défaut de quoi aucune allocation ne sera versée. Veuillez soumettre votre réclamation pour examen à votre retour au Yukon.

Le chèque devra être libellé à l'ordre de :

Nom _____ Téléphone _____

Adresse _____

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

Signature du patient ou du parent ou tuteur _____

Date (AAAA/MM/JJ) _____

RÉSERVÉ À LA RÉGIE INTERNE

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

Allocation – patient _____ jours à 75 \$/jour= _____,00 \$ N° ID du fournisseur CD _____

Allocation – accompagnateur _____ jours à 75 \$/jour= _____,00 \$ Adresse _____

DISCLAIMER...

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