



# DÉPLACEMENTS POUR SOINS MÉDICAUX À L'EXTÉRIEUR DU YUKON – DEMANDE D'INDEMNITÉ

## Formulaire à retourner dûment rempli :

**En personne**  
4<sup>e</sup> étage  
Édifce 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@gov.yk.ca](mailto:medicaltravel@gov.yk.ca)  
Téléphone : 867-667-5203 ou  
867-667-5233 (appel à frais virés)  
Fax : 867-393-6486

Cette allocation a pour vocation d'aider les patients à payer leur hébergement, leurs repas et leur transport tout en recevant des soins médicaux en consultation externe. Les allocations s'élèvent à 75 \$/jour dès le deuxième jour, jusqu'à concurrence de 90 jours.

Un parent a droit à l'allocation à partir du 2e jour de soins en clinique externe ou d'hospitalisation de son enfant.

Un patient recevant un traitement prolongé en clinique peut transmettre les renseignements par télécopieur en plusieurs tranches et nous procéderons au versement de l'allocation admissible.

## RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom complet (prénom, initiale, nom de famille)		Numéro d'assurance-santé du Yukon 00 _____	
Mode de transport <input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Voiture		Date du départ AAAA/MM/JJ	Date du retour AAAA/MM/JJ

## CONFIRMATION DES SERVICES MÉDICAUX REÇUS

Service médical reçu	Sur rendez-vous		Admission pour la nuit ou plusieurs jours		Hôpital ou clinique	Signature d'attestation (médecin, infirmière, technicien)
	Date	Date d'admission	Date de congé			
<b>Exemples :</b> Arthroplasie	AAAA/MM/JJ	2019/01/21	2019/01/28		Royal Columbian Hosp.	Signature
Biopsie du rein	2019/01/30	AAAA/MM/JJ	AAAA/MM/JJ		St. Paul's Hospital	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			

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

## CHÈQUE À LIBELLER À L'ORDRE DE

Nom complet	Téléphone
Adresse	

## SIGNATURE

Êtes-vous couverts par l'un des organismes suivants?     Oui – cochez les cases appropriées     Non

Commission de la santé au travail (CSST)     GRC     Autochtone de plein droit

Poste Canada     Féd. (ex. Parcs Canada/MPO)

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

\_\_\_\_\_  
Signature du patient ou du tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

## RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

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				

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

Indemnité – patient \_\_\_\_\_ jours à 75 \$/jour = \_\_\_\_\_,00 \$    Adresse \_\_\_\_\_

Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis, utilisés et divulgués conformément à la Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux du Yukon ainsi qu'aux autres lois applicables. Pour consulter les pratiques en matière de renseignements de Santé et Affaires sociales, rendez-vous sur [www.hss.gov.yk.ca/fr/healthprivacy.php](http://www.hss.gov.yk.ca/fr/healthprivacy.php) ou envoyez un courriel à l'agent de la protection de la vie privée à [healthprivacy@gov.yk.ca](mailto:healthprivacy@gov.yk.ca)