

**IMPORTANT**

1. Consulter la **section D** avant de remplir ce formulaire.
2. Joindre tous les originaux des reçus et des factures au présent formulaire, ainsi qu'un relevé détaillé. Les reçus qui ne sont ni en anglais ni en français doivent être traduits.
3. Soumettre la réclamation au plus tard six mois après avoir reçu les services.
4. Le formulaire doit être rempli en entier (les trois sections) et signé par le patient ou son tuteur légal.
5. Conserver une copie de vos factures et reçus pour vos dossiers.
6. Si vous quittez le Canada dans le but de recevoir des soins médicaux, votre réclamation doit être approuvée au préalable.

**SECTION A – RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT<sup>1</sup>**

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	NUMÉRO D'ASSURANCE-SANTÉ	
DATE DE NAISSANCE AAAA / MM / JJ	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (jour) (domicile ou cellulaire)	COURRIEL	
ADRESSE POSTALE	VILLE	PROV./TERR.	CODE POSTAL
MOTIF DE L'ABSENCE DU YUKON <input type="checkbox"/> Vacances <input type="checkbox"/> Soins médicaux <input type="checkbox"/> Déménagement <input type="checkbox"/> Études <input type="checkbox"/> Voyage d'affaires <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____		DATE DE DÉPART DU YUKON AAAA / MM / JJ	
		DATE DE RETOUR AU YUKON AAAA / MM / JJ	
AVEZ-VOUS UNE ASSURANCE-MALADIE PRIVÉE OU UNE ASSURANCE-VOYAGE? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		SI OUI, NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE	

**DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS**

Je, susmentionné, autorise le service des réclamations pour soins médicaux à l'étranger de la Direction des services de santé assurés à obtenir l'information nécessaire pour le traitement de ma réclamation des frais facturés par l'hôpital où j'ai reçu des soins ou par le médecin traitant.

Je, susmentionné, autorise le service des réclamations pour soins médicaux à l'étranger de la Direction des services de santé assurés à recevoir et à divulguer de l'information à la compagnie d'assurance-voyage ou d'assurance-maladie complémentaire nommée plus haut.

J'atteste que je suis le bénéficiaire autorisé du remboursement et que toutes mes déclarations sont vraies et exactes.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU PATIENT/TUTEUR LÉGAL

AAAA / MM / JJ

\_\_\_\_\_  
SIGNÉ LE

<i>Si tuteur légal, indiquer le nom et le lien avec le patient.</i>	
NOM DU TUTEUR LÉGAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
LIEN AVEC LE PATIENT	

Les renseignements fournis dans les présentes sont recueillis en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé* afin de déterminer l'admissibilité au remboursement des soins de santé. Les renseignements personnels figurant dans ce formulaire sont protégés par la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Ils doivent être protégés, divulgués, recueillis et utilisés conformément à cette loi.

**SECTION B – REMPLIR CETTE SECTION POUR DEMANDER LE REMBOURSEMENT DE FRAIS FACTURÉS PAR UN MÉDECIN**RAISON DE LA CONSULTATION (DIAGNOSTIC) – *joindre le rapport ou les notes du médecin*

SOINS/ACTES MÉDICAUX

DURÉE DE L'ANESTHÉSIE (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min **Ou** de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

ANALYSES DE LABORATOIRE (s'il y a lieu)

MONTANT DU PAIEMENT – *joindre une preuve*  
\_\_\_\_\_ \$

PARTIES DU CORPS AYANT FAIT L'OBJET DE RADIOGRAPHIES (s'il y a lieu)

MONTANT DU PAIEMENT – *joindre une preuve*  
\_\_\_\_\_ \$**RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN POUR CHAQUE VISITE – *joindre une preuve du paiement***

1	NOM DU MÉDECIN ET SA SPÉCIALITÉ		PAYS ET MONNAIE
	DATE DE LA VISITE AAAA / MM / JJ	HEURE DE LA VISITE <input type="checkbox"/> entre 8 h et 18 h <input type="checkbox"/> entre 18 h et 23 h <input type="checkbox"/> entre 23 h et 8 h	AVEZ-VOUS PAYÉ LE COMPTE? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	TYPE DE VISITE <input type="checkbox"/> Clinique <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Hôpital		MONTANT DU PAIEMENT _____ \$
2	NOM DU MÉDECIN ET SA SPÉCIALITÉ		PAYS ET MONNAIE
	DATE DE LA VISITE AAAA / MM / JJ	HEURE DE LA VISITE <input type="checkbox"/> entre 8 h et 18 h <input type="checkbox"/> entre 18 h et 23 h <input type="checkbox"/> entre 23 h et 8 h	AVEZ-VOUS PAYÉ LE COMPTE? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	TYPE DE VISITE <input type="checkbox"/> Clinique <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Hôpital		MONTANT DU PAIEMENT _____ \$
3	NOM DU MÉDECIN ET SA SPÉCIALITÉ		PAYS ET MONNAIE
	DATE DE LA VISITE AAAA / MM / JJ	HEURE DE LA VISITE <input type="checkbox"/> entre 8 h et 18 h <input type="checkbox"/> entre 18 h et 23 h <input type="checkbox"/> entre 23 h et 8 h	AVEZ-VOUS PAYÉ LE COMPTE? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	TYPE DE VISITE <input type="checkbox"/> Clinique <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Hôpital		MONTANT DU PAIEMENT _____ \$
4	NOM DU MÉDECIN ET SA SPÉCIALITÉ		PAYS ET MONNAIE
	DATE DE LA VISITE AAAA / MM / JJ	HEURE DE LA VISITE <input type="checkbox"/> entre 8 h et 18 h <input type="checkbox"/> entre 18 h et 23 h <input type="checkbox"/> entre 23 h et 8 h	AVEZ-VOUS PAYÉ LE COMPTE? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	TYPE DE VISITE <input type="checkbox"/> Clinique <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Hôpital		MONTANT DU PAIEMENT _____ \$
5	NOM DU MÉDECIN ET SA SPÉCIALITÉ		PAYS ET MONNAIE
	DATE DE LA VISITE AAAA / MM / JJ	HEURE DE LA VISITE <input type="checkbox"/> entre 8 h et 18 h <input type="checkbox"/> entre 18 h et 23 h <input type="checkbox"/> entre 23 h et 8 h	AVEZ-VOUS PAYÉ LE COMPTE? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	TYPE DE VISITE <input type="checkbox"/> Clinique <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Hôpital		MONTANT DU PAIEMENT _____ \$
6	NOM DU MÉDECIN ET SA SPÉCIALITÉ		PAYS ET MONNAIE
	DATE DE LA VISITE AAAA / MM / JJ	HEURE DE LA VISITE <input type="checkbox"/> entre 8 h et 18 h <input type="checkbox"/> entre 18 h et 23 h <input type="checkbox"/> entre 23 h et 8 h	AVEZ-VOUS PAYÉ LE COMPTE? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	TYPE DE VISITE <input type="checkbox"/> Clinique <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Hôpital		MONTANT DU PAIEMENT _____ \$

**SECTION C – REMPLIR CETTE SECTION POUR DEMANDER LE REMBOURSEMENT DE FRAIS D'HOSPITALISATION**

1. Tous les services doivent être compris dans les frais d'hospitalisation.
2. Il doit s'agir d'un hôpital public.
3. Le remboursement correspond au tarif pour une chambre régulière.

NOM DE L'HÔPITAL

ADRESSE POSTALE DE L'HÔPITAL

DIAGNOSTIC (NATURE DE LA MALADIE) ET SOINS DONNÉS PENDANT L'HOSPITALISATION

DATE D'ADMISSION

AAAA / MM / JJ

DATE DE CONGÉ

AAAA / MM / JJ

AVEZ-VOUS PAYÉ LE COMPTE?

 Oui  Non**SECTION D – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX****SOINS MÉDICAUX D'URGENCE À L'ÉTRANGER**

Lorsqu'un résident du Yukon s'absente temporairement du territoire et nécessite des soins médicaux d'urgence dans un autre pays, les frais sont remboursés selon le tarif en vigueur au Yukon, et toute différence est à la charge du bénéficiaire.

Les soins reçus dans un établissement de santé privé de même que les services d'ambulance et d'évacuation sanitaire (MEDEVAC) ne sont pas remboursés.

**ENVOYER LE FORMULAIRE :****PAR TÉLÉCOPIEUR :**

867-393-6486

**PAR LA POSTE :**

Direction des services de santé assurés H-2  
C.P. 2703  
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

**EN PERSONNE :**

204, rue Lambert, 4<sup>e</sup> étage  
Whitehorse (Yukon)

Pour en savoir plus sur la couverture à l'extérieur du Yukon, visitez le site Web au :  
[www.hss.gov.yk.ca/fr/yhcip-coverage.php](http://www.hss.gov.yk.ca/fr/yhcip-coverage.php)

Pour obtenir de plus amples informations, communiquez avec la Direction des services de santé assurés au **867-667-5209**.