

O.I.C. 1986/069
TRAVEL FOR MEDICAL TREATMENT ACT

TRAVEL FOR MEDICAL TREATMENT ACT

Pursuant to subsection 4(1) and subsection 18(1) of the *Travel for Medical Treatment Act*, the Commissioner in Executive Council orders as follows:

1. The attached form entitled "Application for Travel" is established as the prescribed form for making application to the Administrator.

2. Commissioner's Order 1975/126 is revoked.

Dated at Whitehorse, in the Yukon Territory, this 28th day of April A.D., 1986.

Administrator of the Yukon

DÉCRET 1986/069
LOI SUR LES FRAIS DE DÉPLACEMENT
LIÉS À DES SOINS MÉDICAUX

LOI SUR LES FRAIS DE DÉPLACEMENT LIÉS À DES SOINS MÉDICAUX

Conformément aux dispositions des paragraphes 4(1) et 18(1) de la *Loi sur les frais de déplacement liés à des soins médicaux*, le Commissaire en conseil exécutif décrète ce qui suit :

1. Le formulaire ci-joint, intitulé «Demande de paiement de frais de déplacement», est le formulaire réglementaire de demande à présenter à l'Administrateur.

2. L'Ordonnance du Commissaire 1975/126 est abrogée.

Fait à Whitehorse, dans le territoire du Yukon, le 28 avril 1986.

Administrateur du Yukon

CONFIDENTIAL

CONFIDENTIEL

APPLICATION FOR TRAVEL

**DEMANDE DE PAIEMENT DE
FRAIS DE DÉPLACEMENT**

TRAVEL FOR MEDICAL TREATMENT ACT

LOI SUR LES FRAIS DE DÉPLACEMENT
LIÉS À DES SOINS MÉDICAUX

PART I

PARTIE I

NAME: _____

NOM : _____

ADDRESS: _____

ADRESSE : _____

DATE OF BIRTH/AGE: _____

DATE DE NAISSANCE/ÂGE : _____

YUKON HEALTH
I.D. NUMBER: _____

NUMÉRO DE LA CARTE
D'ASSURANCE-MALADIE DU YUKON : _____

PART II

PARTIE II

CERTIFICATION OF MEDICAL TREATMENT
(to be completed by the attending medical practitioner)

ATTESTATION
(remplie par le médecin traitant)

This is to certify that _____
(name of patient)

La présente atteste que _____ doit
(nom du malade)

requires travel from _____
(point of origin)

se rendre de _____
(point d'origine)

To: Whitehorse _____

à Whitehorse _____

Vancouver _____

Vancouver _____

Edmonton _____

Edmonton _____

Other (specify) _____

Autre (préciser) _____

Mode of transportation _____

Mode de transport _____

Date of travel _____

Date du déplacement _____

Hospital/Doctor to be seen _____

Hôpital/médecin consulté _____

Date of appointment _____

Date du rendez-vous _____

Diagnosis/treatment required _____

Diagnostic/traitement requis _____

Escort required? (Name) _____

Avec/sans accompagnement (Nom) _____

O.I.C. 1986/069
TRAVEL FOR MEDICAL TREATMENT ACT

DÉCRET 1986/069
LOI SUR LES FRAIS DE DÉPLACEMENT
LIÉS À DES SOINS MÉDICAUX

Reason for escort _____

Justification de l'accompagnement _____

Date Signature of Attending
 Medical Practitioner

Date Signature du médecin traitant

PART III

PARTIE III

For Office use only APPROVED
Verified with YHCIP _____ NOT APPROVED

Réservé au bureau APPROUVÉ
Vérfifié - R.A.-M.Y. _____ REFUSÉ

Chief Medical Health Officer

Directeur des services de santé

Return to:

Prière de retourner au :

Chief Medical Health Officer
Health Services Branch
P.O. Box 2703
Whitehorse, Yukon
Y1A 2C6

Directeur des services de santé
Direction des services de santé
Boîte postale 2703
Whitehorse, Yukon
Y1A 2C6