



Northwest Territories Health and Social Services
Santé et Services sociaux

EXTENDED HEALTH BENEFITS
ADDITIONAL ASSISTANCE CLAIM
PRESTATION D'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE
RÉCLAMATION DE PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES

PATIENT

Le genre masculin est utilisé dans le présent formulaire comme genre neutre.

Surname - Nom		Given Name(s) - Prénom(s)		Init.	Birthdate - Né le Y-A M-M D-J		H.C.P. No. - N° de R.A.M.	
Mailing Address - Adresse postale		City/Community - Ville ou communauté			Postal Code postal		Home Phone No. - N° de tél. (domicile)	
							()	
							Work Phone No. - N° de tél. (travail)	
							()	

CLAIMANT - RÉCLAMANT

Surname - Nom		Given Name(s) - Prénom(s)		Init.	Birthdate - Né le Y-A M-M D-J		H.C.P. No. - N° de R.A.M.	
Mailing Address - Adresse postale		City/Community - Ville ou communauté			Postal Code postal		Home Phone No. - N° de tél. (domicile)	
							()	
Relationship to patient - Lien de parenté avec le patient							Work Phone No. - N° de tél. (travail)	
							()	

DESCRIPTION

DATE OF/DU SERVICE Y-A M-M D-J	TYPE OF SERVICE GENRE DE SERVICE	AMOUNT SUBMITTED TO INSURANCE MONTANT SOUMIS À L'ASSURANCE	AMOUNT PAID BY INSURANCE MONTANT PAYÉ PAR L'ASSURANCE	OUTSTANDING BALANCE SOLDE NON RÉGLÉ	OFFICE USE ONLY RÉSERVÉ AU BUREAU	
					AMOUNT ELIGIBLE	AMOUNT INELIGIBLE
TOTAL						

DECLARATION - ATTESTATION

I hereby certify that I have claimed for these benefits through my other insurance plan and I am not seeking reimbursement of the costs in excess of my coverage.
Je certifie par la présente avoir fait la demande à mon autre régime d'assurance pour recevoir ces prestations et que je désire maintenant recevoir le montant excédant ma couverture.

PLEASE PAY PATIENT - LE PATIENT Patient Signature: _____
 VEUILLEZ PAYER CLAIMANT - LE RÉCLAMANT Signature du patient : _____ Date : _____

Claimant may sign if patient is under 18 or otherwise unable to sign - Le réclamant peut signer si le patient a moins de 18 ans ou s'il ne peut signer.

RETURN COMPLETED FORM TO / RENVOYER À :

Department of Health and Social Services
Health Benefit Programs
Bag #9 Inuvik, NT X0E 0T0
Phone: (867) 777-7404/7405/7406 Toll-free: 1-800-661-0830
Tél. : (867) 777-7404/7405/7406 Sans frais : 1-800-661-0830

This personal information is being collected under the authority of the Government of the Northwest Territories Extended Health Benefits Policy and Directive and will be used to determine program benefit entitlement. This information is protected by the privacy provisions of the Access to Information and Protection of Privacy Act. If you have any questions about the collection of this information, contact the Department of Health and Social Services (see contact information provided on this form).

La présente information personnelle est recueillie en vertu du pouvoir conféré par la politique et la directive sur l'assurance-maladie complémentaire du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest et sera utilisée pour déterminer l'admissibilité au programme. L'information est protégée par les dispositions de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée. Si vous avez des questions à cet effet, communiquez avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (voir l'information sur le présent formulaire).



INFORMATION

This form is to be used by persons who are registered for Extended Health Benefits (EHB) and who have coverage under an employer or other insurance plan.

PLEASE:

1. Pay the provider for the service and obtain a detailed receipt;
2. Submit a claim to the employer or other plan;
3. Once the employer or other plan has made payment, use this form to make claim under Extended Health Benefits for any amounts not covered by the employer or other plan. When meals and/or accommodation are covered under the patient's own plan, the difference will not be an eligible expense if the employer's subsidy is lower;

NOTE - enclose:

- a) original receipts (photocopies of receipts are accepted if the employer or other plan must keep originals)
 - b) statement from the employer or other plan;
 - c) letter or prescription from the physician or other practitioner for appliances, medical supplies and equipment.
4. Submit your claim to the Extended Health Benefits (EHB) within one year of the date of service.
 5. Submit your claim by mail; DO NOT FAX.

NOTE: Payments will be limited to the benefits and limitations under the Extended Health Benefits Policy. As a result, payments may not always cover the full amount of the claim.

INFORMATION

Les personnes inscrites au régime d'assurance-maladie complémentaire et couvertes par un autre régime privé d'assurance-maladie (de l'employeur ou autre), doivent utiliser la présente formule.

Prière de:

1. Payer le fournisseur du service et demander un reçu détaillé;
2. Faire une demande de règlement au régime d'assurance de l'employeur (ou autre);
3. Une fois remboursé par le régime d'assurance de l'employeur (ou autre), utiliser cette formule pour faire la demande de règlement à l'assurance-maladie complémentaire pour les montants non couverts par le régime de l'employeur (ou autre). Lorsque les repas et le logement sont couverts en vertu du régime d'assurance du patient, la différence du montant ne sera pas admissible à un remboursement si le montant donné par l'employeur est moindre;

NOTE - joindre :

- a) les reçus originaux (les photocopies des reçus sont acceptées si l'employeur ou l'autre régime d'assurance doit garder les originaux);
 - b) le relevé de paiement de l'employeur ou de l'autre régime;
 - c) la lettre ou l'ordonnance du médecin ou d'un autre professionnel de la santé pour des appareils, des fournitures médicales et de l'équipement.
4. Toute réclamation à l'assurance-maladie complémentaire doit se faire dans un délai maximum d'un an après la date du service.
 5. Faire parvenir votre réclamation par la poste, ET NON PAR TÉLÉCOPIEUR.

NOTE : Les paiements se limiteront aux prestations et restrictions selon la politique de l'assurance-maladie complémentaire. En conséquence, les paiements peuvent ne pas toujours couvrir le montant total réclamé.
