



Northwest Territories Health and Social Services
Santé et Services sociaux

EXTENDED HEALTH BENEFITS
EXPENSE CLAIM

PRESTATION D'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE
DEMANDE DE REMBOURSEMENT

CLAIMING FOR - DEMANDE DE REMBOURSEMENT POUR : DO NOT FAX - NE PAS ENVOYER PAR TÉLÉCOPIEUR

MEDICAL TRAVEL - DÉPLACEMENT POUR RAISON MÉDICALE EXTENDED HEALTH BENEFITS - PRESTATION D'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE

PROOF OF ATTENDANCE - TO BE COMPLETED BY ATTENDING PHYSICIAN
ATTESTATION DE PRÉSENCE - À ÊTRE REMPLI PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Patient's Name - Nom du patient	NOTE: If patient has more than one appointment, a letter from the attending physician will be required. REMARQUE : Si le patient a plus d'un rendez-vous, il doit obtenir une lettre de son médecin traitant.	
Location of Medical/Clinic Appointment - Lieu du rendez-vous - Clinique ou centre médical	Date of Appointment - Date du rendez-vous	Time of Appointment - Heure du rendez-vous
Health Professional Name/Title - Nom du professionnel de la santé	Signature :	Date :

EXPENSE CLAIM - DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Claimant Surname - Nom du demandeur	Given Name(s) - Prénom(s)	Init.	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)
Type of Claim - Genre de réclamation	<input type="checkbox"/> PATIENT CLAIM RÉCLAMATION DU PATIENT		<input type="checkbox"/> NON-MEDICAL ESCORT CLAIM RÉCLAMATION DE L'ESCORTE NON MÉDICALE
If you are claiming expenses as a non-medical escort, provide the following: Si vous faites une demande de remboursement en tant qu'escorte non médicale, donnez les renseignements suivants :			
Patient's Surname - Nom du Patient	Given Name(s) - Prénom(s)	Init.	H.C.P. No. - N° de R.A.M.

DETAILS OF EXPENSE - ORIGINAL RECEIPTS ARE REQUIRED DÉTAIL DES DÉPENSES - REÇUS ORIGINAUX NÉCESSAIRES

DATE	DETAILS - DÉTAIL	TRANSPORTATION TRANSPORT	ACCOMMODATION HEBERGEMENT	MEALS REPAS	OTHER AUTRE	
Note: Include all original receipts with this claim and a copy of the Certification for Medical Travel. REMARQUE : Joignez tous les reçus originaux à la demande ainsi que la 2 ^e copie de la recommandation de déplacement pour raison médicale.		SUB-TOTALS SOUS-TOTAUX	1.	2.	3.	4.
TOTAL (1+2+3+4)						

APPLICANT'S DECLARATION - DÉCLARATION DU RÉCLAMANT

I hereby certify that the information given is true, correct and complete to the best of my knowledge.
J'atteste par la présente que les renseignements fournis sont véridiques et complets au meilleur de ma connaissance.

Signature : _____ Date : _____

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).



Northwest Territories Health and Social Services
Santé et Services sociaux

EXTENDED HEALTH BENEFITS
EXPENSE CLAIM

PRESTATION D'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE
DEMANDE DE REMBOURSEMENT

CLAIMING FOR - DEMANDE DE REMBOURSEMENT POUR : DO NOT FAX - NE PAS ENVOYER PAR TÉLÉCOPIEUR

MEDICAL TRAVEL - DÉPLACEMENT POUR RAISON MÉDICALE EXTENDED HEALTH BENEFITS - PRESTATION D'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE

PROOF OF ATTENDANCE - TO BE COMPLETED BY ATTENDING PHYSICIAN
ATTESTATION DE PRÉSENCE - À ÊTRE REMPLI PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Patient's Name - Nom du patient	NOTE: If patient has more than one appointment, a letter from the attending physician will be required. REMARQUE : Si le patient a plus d'un rendez-vous, il doit obtenir une lettre de son médecin traitant.	
Location of Medical/Clinic Appointment - Lieu du rendez-vous - Clinique ou centre médical	Date of Appointment - Date du rendez-vous	Time of Appointment - Heure du rendez-vous
Health Professional Name/Title - Nom du professionnel de la santé	Signature :	Date :

EXPENSE CLAIM - DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Claimant Surname - Nom du demandeur	Given Name(s) - Prénom(s)	Init.	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)
Type of Claim - Genre de réclamation	<input type="checkbox"/> PATIENT CLAIM RÉCLAMATION DU PATIENT		<input type="checkbox"/> NON-MEDICAL ESCORT CLAIM RÉCLAMATION DE L'ESCORTE NON MÉDICALE
If you are claiming expenses as a non-medical escort, provide the following: Si vous faites une demande de remboursement en tant qu'escorte non médicale, donnez les renseignements suivants :			
Patient's Surname - Nom du Patient	Given Name(s) - Prénom(s)	Init.	H.C.P. No. - N° de R.A.M.

DETAILS OF EXPENSE - ORIGINAL RECEIPTS ARE REQUIRED DÉTAIL DES DÉPENSES - REÇUS ORIGINAUX NÉCESSAIRES

DATE	DETAILS - DÉTAIL	TRANSPORTATION TRANSPORT	ACCOMMODATION HEBERGEMENT	MEALS REPAS	OTHER AUTRE	
Note: Include all original receipts with this claim and a copy of the Certification for Medical Travel. REMARQUE : Joignez tous les reçus originaux à la demande ainsi que la 2 ^e copie de la recommandation de déplacement pour raison médicale.		SUB-TOTALS SOUS-TOTAUX	1.	2.	3.	4.
TOTAL (1+2+3+4)						

APPLICANT'S DECLARATION - DÉCLARATION DU RÉCLAMANT

I hereby certify that the information given is true, correct and complete to the best of my knowledge.
J'atteste par la présente que les renseignements fournis sont véridiques et complets au meilleur de ma connaissance.

Signature : _____ Date : _____

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).