



Health Services Administration – Department of Health and Social Services
Bag Service #9, Inuvik, NT XOE 0TO
Toll-free: 1-800-661-0830 • Phone: (867) 777-7400 • Fax: (867) 777-3197 • Email: hsa@gov.nt.ca
Administration des services de santé du ministère de la Santé et des Services sociaux
Sac postal n° 9, Inuvik NT XOE 0TO
Sans frais : 1-800-661-0830 • Téléphone : 867-777-7400
Télécopieur : 867-777-3197 • Courriel : hsa@gov.nt.ca

NWT OUT-OF-TERRITORY/COUNTRY CLAIM SUBMISSION

Complete, sign and return this form with your detailed statement that gives a complete breakdown of all charges to the Department of Health and Social Services (DHSS). Keep copies for your records.

FOR OFFICE USE ONLY
RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU

IM-

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE SERVICES MÉDICAUX REÇUS DANS UN AUTRE TERRITOIRE, UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE PAYS

Veuillez remplir, signer et envoyer le présent formulaire au ministère de la Santé et des Services sociaux accompagné d'un relevé faisant état d'une ventilation complète des coûts encourus. Conservez-en une copie.

1. PATIENT INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Health Card Number Nº d'assurance-maladie	Expiry Date (YYYY-MM-DD) Date d'expiration (AAAA-MM-JJ)				
Patient's Last Name Nom de famille du patient	First Name Prénom				
Date of Birth (YYYY-MM-DD) Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Email Courriel				
Telephone No. (Home) Nº de téléphone (à domicile)	Telephone No. (Business) Nº de téléphone (au travail)				
Home Address Adresse du domicile	Street Name Nom de rue				
City Collectivité	Province/Territory Province/Territoire	Postal Code Code postal			
Mailing Address (if different from home address) Adresse postale (si différente de l'adresse du domicile)	Street Name Nom de rue				
City Collectivité	Province/Territory Province/Territoire	Postal Code Code postal			
Date of Depart from NWT (YYYY-MM-DD) Date de départ des TNO (AAAA-MM-JJ)	Date of Return to NWT (YYYY-MM-DD) Date de retour aux TNO (AAAA-MM-JJ)				
Province/Territory/Country Where Treatment Provided Territoire, province ou pays où vous avez reçu les soins de santé		Type of Currency Paid Devise utilisée			
In the previous 12 month period, have you been absent from the NWT for a period of more than 153 days? Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous absenté des TNO pendant plus de 153 jours?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non			
If yes, provide details: Si oui, précisez :					
Reason for Absence from the NWT Raison de l'absence	<input type="checkbox"/> Vacation Vacances	<input type="checkbox"/> Moved Déménagement	<input type="checkbox"/> Obtain Medical Care Soins de santé	<input type="checkbox"/> Student Études	<input type="checkbox"/> Business Trip Affaires
<input type="checkbox"/> Other (specify): Autre (précisez) :					

2. TREATMENT INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LES SOINS REÇUS

(Complete this section in full / Remplissez la section suivante au complet)

Was this treatment required due to a condition that originated outside the NWT, and was acute, unexpected and required immediate treatment?

Yes
 Oui
 No
 Non

Avez-vous reçu des soins de santé en raison d'un incident qui s'est produit à l'extérieur des TNO, qui était grave, inattendu et qui nécessitait des soins immédiats?

Reason for Visit/Diagnosis (nature of illness)

Raison de la consultation et diagnostic reçu (nature de la maladie)

Type of Treatment Received

Type de soins reçus

Services Performed Services fournis Visit(s) Consultation(s) Surgical Procedure(s) Intervention(s) chirurgicale(s) Other (specify): Autre (précisez) :

Specialist Consultation Resulting from a Referral Consultation d'un spécialiste en raison d'un aiguillage X-Rays Radiographies Lab Test(s) Test(s) de laboratoire Other (specify): Autre (précisez) :

Place of Treatment Centre de soins de santé Office Bureau Home Domicile Hospital Hôpital Other (specify): Autre (précisez) :

Treatment Date (YYYY-MM-DD)

Date de traitement (AAAA-MM-JJ)

3. HOSPITAL INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR L'HÔPITAL

Hospital Name

Nom de l'hôpital

Hospital Address

Adresse de l'hôpital

Hospital Phone Number

N° de téléphone de l'hôpital

Admission Date (YYYY-MM-DD)
Date d'admission (AAAA-MM-JJ) Discharge Date (YYYY-MM-DD)
Date de sortie (AAAA-MM-JJ)

Please Check One
Ne cochez qu'une case Inpatient Patient hospitalisé Outpatient Patient externe

If not admitted, what hospital services did you receive?

Si vous n'avez pas été hospitalisé, quels services hospitaliers avez-vous reçus?

Emergency Visit Outpatient Patient externe Physical Therapy Physiothérapie Day Surgery Chirurgie d'un jour
 Consultation à l'urgence
 Other (describe):
 Autre (précisez) :

4. I HAVE ATTACHED A STATEMENT OF THE COMPLETE BREAKDOWN OF ALL CHARGES.

J'AI JOINT À LA PRÉSENTE DEMANDE LE DOCUMENT FAISANT ÉTAT DE LA VENTILATION DE TOUS LES COÛTS LIÉS AUX SERVICES MÉDICAUX REÇUS.

Providing false information is considered an offence under the Act, s26(4), and is punishable by a fine or imprisonment.

En vertu du paragraphe 26(4) de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux*, faire une fausse déclaration constitue un crime passible d'une amende et d'une peine d'emprisonnement.

X

Signature of Patient/Guardian / Signature du patient ou du tuteur

Date (YYYY-MM-DD / AAAA-MM-JJ)

**Please also complete Section 5 on following page to tell us who to pay.

**Veuillez également remplir la section 5 à la page suivante pour nous dire à qui envoyer le paiement.

5. AUTHORIZATION AND DIRECTION FOR PAYMENT / AUTORISATION ET DIRECTIVES DE PAIEMENT

I,
Je,

Name of Patient/Guardian (print) / Nom du patient ou du tuteur (en caractères d'imprimerie)

Authorize and direct the DHSS to pay**:
Autoriser le MSSS à verser le paiement** :

The patient named in section 1
au patient identifié à la section 1

The guardian:
au tuteur : _____

Full name of Guardian (print) / Nom complet du tuteur (caractères d'imprimerie)

The amount of the bill directly to the hospital/health facility:
du montant complet directement à l'hôpital ou au centre de santé :

Name of Hospital/Health Facility (print) / Nom de l'hôpital ou du centre de santé (en caractères d'imprimerie)

X

Signature of Patient/Guardian / Signature du patient ou du tuteur

Date (YYYY-MM-DD / AAAA-MM-JJ)

**DHSS will pay the amount equal to the value of the service provided in the NWT.

**Le MSSS remboursera le montant équivalent à la valeur des mêmes services offerts aux TNO.

IMPORTANT INFORMATION	RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS
<p>Failure to provide all necessary information/receipts may result in delay of payment.</p> <ul style="list-style-type: none"> Do not submit receipts for prescription drugs as they are not an insured NWT benefit. If the other criteria for payment, set out in the <i>Hospital Insurance and Health and Social Services Administration Act</i> (the Act), the <i>Medical Care Act</i> and the <i>Health Insurance Regulations</i> (Regulations) are met, the DHSS will pay the amount payable under the Act to an eligible hospital, health facility, physician or client directly upon receipt of an itemized invoice (statement) or proof of payment by the client, and the signed Authorization and Directions (see above). Accounts must be submitted within 12 months from the date of service. Please allow 6-8 weeks for payment. All payments must be in Canadian funds. If you leave Canada specifically to obtain medical care, you must receive prior approval for payment of insured services. <p>Out of Province/Country Claims will only be paid at NWT rates for medically necessary services.</p> <p>By submitting this form to the DHSS, you are consenting to the use of the information contained in the form for the purposes of assessing, verifying and monitoring eligibility for payment of insured services and for the proper administration of the <i>Hospital Insurance and Health and Social Services Administration Act</i>, <i>Medical Care Act</i> and other Acts/programs administered by the Government of the Northwest Territories.</p> <p>The personal health information on this form is being collected in accordance with the <i>Health Information Act</i> (HIA) for the purpose of assessing, verifying and monitoring eligibility for payment for NWT insured services and for the proper administration of the <i>Hospital Insurance and Health and Social Services Administration Act</i>. It is protected by the privacy provisions under the HIA and will not be used or disclosed unless allowed or required by the HIA or any other Act. If you have any questions, please contact the number below.</p> <p>For more information, contact Insured Services or visit our web site at www.hss.gov.nt.ca.</p> <p>Government of the Northwest Territories Health and Social Services Health Services Administration Bag #9 Inuvik, NT XOE OTO Canada Tel: (867) 777-7400 Toll Free: 1-800-661-0830 Fax: (867) 777-3197 Email: hsa@gov.nt.ca</p>	<p>L'omission de fournir les renseignements et les reçus exigés peut entraîner un retard dans le traitement du paiement.</p> <ul style="list-style-type: none"> N'envoyez pas les reçus de vos médicaments, puisqu'ils ne sont pas couverts par l'assurance-maladie des TNO. Si les autres critères de paiement sont respectés en vertu de la <i>Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux</i> (la Loi) et la <i>Loi sur l'assurance-maladie</i> et leurs règlements, le MSSS remboursera directement le montant à payer à l'hôpital, au centre de santé, au médecin ou au client concerné en vertu de la Loi à la réception d'une facture détaillée (relevé des coûts) ou une preuve de paiement par le client et la signature d'autorisation et d'instructions (voir ci-dessus). Tout doit être soumis dans les douze mois suivant la date à laquelle vous avez reçu les soins. Veuillez prévoir de six à huit semaines pour le remboursement. Tous les remboursements se feront en dollars canadiens. Si vous quittez le Canada expressément pour recevoir des soins médicaux, vous devez obtenir une autorisation préalable si vous souhaitez être remboursé pour les soins couverts par l'assurance-maladie des TNO. <p>Les remboursements des services médicalement nécessaires reçus dans un autre territoire, une autre province ou un autre pays ne seront payés qu'aux tarifs en vigueur pour ces services aux TNO.</p> <p>En envoyant le présent formulaire au MSSS, vous lui donnez l'autorisation d'utiliser les renseignements qui s'y trouvent pour évaluer, vérifier et déterminer si vous respectez les critères de remboursement des services couverts par l'assurance-maladie des TNO et pour appliquer de façon appropriée la <i>Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux</i>, la <i>Loi sur l'assurance-maladie</i> et les autres lois et programmes du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.</p> <p>Les renseignements personnels sur la santé contenus dans la présente demande ont été recueillis en vertu de la <i>Loi sur les renseignements sur la santé</i> pour évaluer, vérifier et déterminer votre admissibilité au remboursement des services couverts par l'assurance-maladie des TNO et pour appliquer de façon appropriée la <i>Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux</i>. Ces renseignements sont protégés en vertu des dispositions relatives à la confidentialité de la <i>Loi sur les renseignements sur la santé</i> et ne seront ni utilisés ni diffusés, sauf si cela est autorisé ou requis par ladite Loi, ou par toute autre loi. Si vous avez des questions, composez le numéro ci-dessous.</p> <p>Pour de plus amples renseignements, communiquez avec les Services territoriaux d'assurance-maladie ou visitez notre site Web au www.hss.gov.nt.ca.</p> <p>Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest Ministère de la Santé et des Services sociaux Administration des services de santé Sac postal n° 9 Inuvik NT XOE OTO Canada Tél. : 867-777-7400 Sans frais : 1-800-661-0830 Téléc. : 867-777-3197 Courriel : hsa@gov.nt.ca</p>