



MEDICAL TRAVEL EXCEPTION REQUESTS

The purpose of the Medical Travel – *Exceptions Ministerial Policy* is to allow the Department of Health and Social Services to consider extraordinary health needs and/or demonstrated undue financial hardship because of individual or unique circumstances. The completed Exception Request Form can be sent, either by fax or email to:

Director of Medical Insurance
Email: MTEXCEPTIONS@gov.nt.ca
Fax: (867) 873-0266

To be considered, Exception Requests must meet all the following criteria:

- Have a valid NWT Health Care Card
- Eligible for Medical Travel Benefits under the Medical Travel Policy
- Have a valid Medical Referral from an NWT Health Care Provider to Nearest Centre
- **Provide information on the extraordinary health needs and/or demonstrated undue financial hardship as a result of individual or unique circumstances**

The Exception Request will be reviewed within 5 business days from when it is received to make sure enough information has been provided.

If the Exception Request requires more information, the person making the Appeal Request or a relevant Health Care Provider will be contacted for additional information before a decision is made.

DEMANDES D'EXCEPTION LIÉES AUX DÉPLACEMENTS POUR RAISONS MÉDICALES

L'objectif de la politique ministérielle *Déplacements pour raisons médicales – exceptions* est de permettre au ministère de la Santé et des Services sociaux de prendre en considération des besoins médicaux exceptionnels ou des difficultés financières excessives découlant d'une situation personnelle ou particulière. Le formulaire de demande d'exception dûment rempli doit être envoyé par télécopieur ou par courriel aux coordonnées suivantes :

Directeur de l'assurance-maladie
Courriel : MTEXCEPTIONS@gov.nt.ca
Télécopieur : 867-873-0266

Pour qu'une demande d'exception soit prise en compte, le ou la patient(e) doit répondre à tous les critères suivants :

- Être titulaire d'une carte valide d'assurance-maladie des TNO.
- Être admissible aux indemnités de déplacement pour raisons médicales conformément à la Politique sur les déplacements pour raisons médicales.
- Détenir une recommandation médicale valide vers le centre médical le plus proche provenant d'un professionnel de la santé des TNO.
- **Fournir des renseignements sur ses besoins médicaux exceptionnels ou prouver qu'il ou elle a des difficultés financières excessives découlant d'une situation personnelle ou particulière.**

La demande d'exception sera examinée dans les cinq jours ouvrables suivant sa réception pour s'assurer que l'on dispose de suffisamment de renseignements.

Si des renseignements supplémentaires sont nécessaires pour traiter la demande d'exception, on communiquera avec la personne présentant la demande d'appel ou avec un professionnel de la santé concerné pour obtenir de plus amples renseignements avant de rendre une décision.

Medical Travel Exception Request Form / Demande d'exception liée aux déplacements pour raisons médicales

Patient Information / Renseignements sur le ou la patient(e)

Patient Name:
Nom :

Patient NWT Health Care Card no.:
Nº de carte d'assurance-maladie des TNO :

Date of Birth (mm/dd/yyyy):
Date de naissance (mm-jj-aaaa) :

Home Community:
Collectivité d'origine :

Phone No.:
Nº de téléphone :

Email Address:
Courriel :

What criteria best describes your situation (please tick box):

Quel critère décrit le mieux votre situation (veuillez cocher la case correspondante) :

Extraordinary Health Need(s)
Besoins médicaux exceptionnels Undue Financial Hardship
Difficultés financières excessives

Location of Medical Appointment:
Lieu du rendez-vous médical :

Name of NWT Health Care Provider:

Nom du professionnel de la santé des TNO :

Medical Appointment Date (mm/dd/yyyy):

Date du rendez-vous médical (mm-jj-aaaa) :

If Completing Form on Behalf of Patient / Si une personne remplit le formulaire au nom du ou de la patient(e)

Name:
Nom : Relationship to Patient:
Lien avec le ou la patient(e) :

Employer:
Employeur : Phone No.:
Nº de téléphone : Email Address:
Courriel :

Please provide information that clearly explains your extraordinary health needs and/or demonstrates undue financial hardship because of your personal situation.	Veuillez fournir des renseignements qui expliquent clairement vos besoins médicaux extraordinaires ou qui prouvent des difficultés financières excessives résultant de votre situation personnelle.
---	---

Reason for Exception Request / Motifs de la demande d'exception

Attach additional pages, if necessary, and any documents to support your exception request. Recommended documents to attach include letters or referrals from an NWT Health Care Provider, Medical Travel correspondence denying request, financial statements, etc.	Joignez des pages supplémentaires si nécessaire et tout document à l'appui de votre demande d'exception. Il est recommandé de joindre les documents suivants : lettres ou recommandations d'un professionnel de la santé des TNO, correspondance relative à un déplacement pour raisons médicales faisant état du refus de la demande, états financiers, etc.
--	---

The personal health information on this form is being collected in accordance with the <i>Health Information Act</i> (HIA) and will be used to determine eligibility for an exception under the Medical Travel Policy. This information 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 about the collection or use of this information, contact the Director of Medical Insurance at (867) 767-9050 ext. 49007 or MTexceptions@gov.nt.ca .	Les renseignements médicaux personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis en vertu de la <i>Loi sur les renseignements sur la santé</i> et serviront à déterminer l'admissibilité à une exception à la Politique sur les déplacements pour raisons médicales. Ils sont protégés en vertu des dispositions sur la vie privée de la <i>Loi sur les renseignements sur la santé</i> , et ils ne seront ni utilisés ni divulgués sauf autorisation ou obligation en vertu de cette loi ou de toute autre loi. Pour toute question sur la collecte ou l'utilisation de ces renseignements, veuillez téléphoner à la direction de l'assurance-maladie en composant le 867-767-9050, poste 49007, ou écrire à MTexceptions@gov.nt.ca .
---	---

Consent	Consentement
I consent to the Director of Medical Insurance or their delegate contacting relevant Health Care Providers, or other persons as appropriate, to obtain information relating to this exception request.	J'autorise le ou la directeur(rice) de l'assurance-maladie ou sa personne déléguée à communiquer avec les professionnels de la santé concernés ou avec toute autre personne, si nécessaire, pour obtenir des renseignements liés à la présente demande d'exception.

X

Patient Signature / Signature du ou de la patient(e)

Date (mm/dd/yyyy) / Date (mm-jj-aaaa)

X

Parent/Guardian (if Patient is a minor) / Signature du parent ou tuteur (si l'enfant est mineur)

Date (mm/dd/yyyy) / Date (mm-jj-aaaa)

This form and any additional documentation are to be sent to: MTexceptions@gov.nt.ca or fax: (867) 873-0266

Le présent formulaire et tout autre document doivent être soumis par courriel à MTexceptions@gov.nt.ca ou par télécopieur au 867-873-0266.