



FOR OFFICE USE ONLY
POUR USAGE INTERNE SEULEMENT

IM-

EXTENDED HEALTH BENEFITS – SPECIFIED DISEASE CONDITIONS PROGRAM APPLICATION

The personal health information on this form is being collected in accordance with the *Health Information Act* (HIA) and will be used to determine eligibility under the Extended Health Benefit 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 Manager, Health Care Eligibility at 1-800-661-0830.

ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE POUR MALADIES SPÉCIFIQUES – DEMANDE D'INSCRIPTION AU RÉGIME

Les renseignements médicaux personnels demandés dans ce formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi sur les renseignements sur la santé*. Ils serviront à déterminer l'admissibilité au régime d'assurance-maladie complémentaire. Ces renseignements sont protégés conformément aux dispositions sur la protection de la vie privée de la *Loi sur les renseignements sur la santé*, et ils ne seront ni utilisés ni divulgués sauf autorisation ou obligation en vertu de cette loi ou de toute autre loi. Si vous avez des questions à cet effet, contactez le gestionnaire des programmes d'admissibilité aux soins de santé en composant le 1-800-661-0830.

Important Information

In order to apply for the Specific Disease Conditions Program, you must have a valid NWT Health Care Card.

- If the applicant is 60 years of age and over, and not eligible for the federal Non-Insured Health Benefit Program, complete the Extended Health Benefits – Senior's Program application form.
- If the applicant is Indigenous Métis, complete the Métis Health Benefit application form.

NOTES:

1. **You must access employer or similar plans first.**
2. If employer information changes, please notify:
Registrations, Health Services Administration
Department of Health and Social Services
Bag #9, Inuvik, NT X0E 0T0
Toll-free: 1-800-661-0830
Phone: (867) 777-7400, Fax: (867) 777-3197
Email: healthcarecard@gov.nt.ca
3. If more space is required, please enter additional information on a separate sheet of paper and attach it to this application.

Renseignements importants

Pour faire une demande d'inscription au Régime d'assurance-maladie pour maladies spécifiques, vous devez posséder une carte d'assurance-maladie valide des TNO.

- Tout demandeur âgé de 60 ans et plus qui n'est pas admissible au Programme fédéral des services de santé non assurés est prié de remplir le formulaire d'inscription à l'assurance-maladie complémentaire pour les personnes âgées.
- Tout demandeur métis originaire des TNO est prié de remplir le formulaire d'inscription à l'assurance-maladie complémentaire pour les Métis.

REMARQUES :

1. **Vérifiez d'abord si vous avez droit à des prestations par l'intermédiaire de votre emploi ou d'un régime similaire.**
2. Si les renseignements concernant votre employeur changent, veuillez nous en aviser aux coordonnées suivantes :
Inscription, Administration des services de santé
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Sac postal n° 9, Inuvik NT X0E 0T0
Sans frais : 1-800-661-0830
Téléphone : 867-777-7400, Télécopieur : 867-777-3197
Courriel : healthcarecard@gov.nt.ca
3. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez utiliser une feuille séparée et la joindre au présent formulaire.

Applicant Information

Renseignements sur le demandeur

Last Name Nom de famille	First Name Prénom	Middle Name Second prénom
Date of Birth (mm/dd/yyyy) Date de naissance (mm/jj/aaaa)	NWT Health Care Card Number Numéro d'assurance-maladie des TNO	
Home Phone Number N° de tél. à la maison	Email Address Adresse de courriel	
Mailing Address Adresse postale		
Apartment, Street Number and Name, P.O. Box Numéro et rue, appartement, case postale		
City/Town/Village Ville, collectivité ou village	Province/Territory Province ou territoire	Postal Code Code postal

Spouse/Common Law Name (Include name or indicate n/a if not applicable) Conjoint ou conjointe de fait (Mentionnez son nom ou, si c'est le cas, inscrivez "S.O." [sans objet].)		
Last Name Nom de famille	First Name Prénom	Middle Name Second prénom
Date of Birth (mm/dd/yyyy) Date de naissance (mm-jj-aaaa)	NWT Health Care Card Number Numéro de carte d'assurance-maladie des TNO	
Home Phone Number N° de tél. à la maison	Email Address Adresse de courriel	

Note: If form is being completed for a dependent, please ensure both parents or guardians complete "Additional Health Coverage" section below.

Note : Si le formulaire est rempli au nom d'une personne à charge, veuillez vous assurer que les deux parents ou tuteurs remplissent la section ci-dessous sur l'assurance-maladie supplémentaire.

Additional Health Coverage Information (This section MUST be completed)

Renseignements sur l'assurance-maladie supplémentaire (Section OBLIGATOIRE)

	Applicant – Or parent/guardian if applicant is a dependent Demandeur – Ou parent ou tuteur si la demande concerne une personne à charge	Spouse/Common Law – Or second parent/guardian if applicant is a dependent Conjoint ou conjointe de fait – Ou deuxième parent ou tuteur si la demande concerne une personne à charge
Do you have health-related benefits through your employer plan or private insurance? Êtes-vous admissible à des prestations d'assurance-maladie dans le cadre d'un régime d'assurance collective de votre employeur ou d'un régime d'assurance privé?	<input type="checkbox"/> Yes Oui <input type="checkbox"/> No Non	<input type="checkbox"/> Yes Oui <input type="checkbox"/> No Non
If yes, give name of the plan (e.g. PSHCP, Sunlife, SureHealth, etc.) Si la réponse est oui, précisez le nom du régime (p. ex. RSSFP, Sun Life, SantéAssurée).		
What type of benefits do you have through this insurance? Pour quels services cette assurance vous couvre-t-elle?	<input type="checkbox"/> Prescriptions Médicaments d'ordonnance <input type="checkbox"/> Medical Supplies and Equipment Fournitures et équipements médicaux <input type="checkbox"/> Vision (eyeglasses, contacts, etc.) Soins de la vue (lunettes, lentilles cornéennes, etc.) <input type="checkbox"/> Dental Soins dentaires	<input type="checkbox"/> Prescriptions Médicaments d'ordonnance <input type="checkbox"/> Medical Supplies and Equipment Fournitures et équipements médicaux <input type="checkbox"/> Vision (eyeglasses, contacts, etc.) Soins de la vue (lunettes, lentilles cornéennes, etc.) <input type="checkbox"/> Dental Soins dentaires

Medical Statement (Must be completed by physician, nurse practitioner, or nurse in charge)

Rapport Médical (Doit être rempli par le médecin, l'infirmier praticien ou l'infirmier responsable.)

ICD9 – Diagnosis Diagnostic (CIM9)	Name of Condition Nom de la maladie
Name of Physician, Nurse Practitioner, or Nurse in Charge (Please print) Nom du médecin, de l'infirmière praticienne, ou de l'infirmière responsable (en lettres moulées)	
Phone/Fax Number N° de tél. / téléc.	
Effective Date of Diagnosis (mm/dd/yyyy) Diagnostic émis le (mm/jj/aaaa)	<div style="text-align: center;">X</div> _____ / _____ Signature Date signed Date de la signature

Applicant's Declaration	Attestation du demandeur
I hereby certify that the information given is true, correct and complete to the best of my knowledge. I consent to the release of my personal information to the Extended Health Benefits program for the purposes of determining initial and continued eligibility for extended health benefits coverage.	J'atteste par la présente que les renseignements fournis sont, à ma connaissance, véridiques, exacts et complets. Je consens à la communication de mes renseignements personnels au Régime d'assurance-maladie complémentaire afin de déterminer mon admissibilité initiale et continue à ce programme.
Signature of <input type="checkbox"/> Applicant <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Legal Guardian Signature du <input type="checkbox"/> demandeur <input type="checkbox"/> parent <input type="checkbox"/> tuteur légal	<div style="text-align: center;">X</div> <hr/> Signature Date signed Date de la signature
Name (please print) Nom (prière d'écrire en caractères d'imprimerie)	
NOTE: Persons 19 years of age and older must sign the application form. Note : Les personnes de 19 ans et plus doivent signer le formulaire de demande.	

Return completed form to:

Department of Health and Social Services
 Registrations
 Bag #9, Inuvik NT X0E 0T0
 Phone: (867) 777-7400
 Toll Free: 1-800-661-0830
 Email: healthcarecard@gov.nt.ca
 Fax: 867-777-3197

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

Ministère de la Santé et des Services sociaux
 Inscription
 Sac postal n° 9, Inuvik NT X0E 0T0
 Téléphone : 867-777-7400,
 Sans frais : 1-800-661-0830
 Courriel : healthcarecard@gov.nt.ca
 Télécopieur : 867-777-3197