



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.

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

- Patient must have a valid NWT Health Care Card
- Patient must be eligible for Medical Travel Benefits under the Medical Travel Policy
- Patient must have a valid Medical Referral from an NWT Health Care Provider to Nearest Centre
- Patient must provide information on the extraordinary health needs and/or demonstrated undue financial hardship as a result of individual or unique circumstances
- Patient must submit the Exception Request on the **Medical Travel Exception Request Form**

The completed **Medical Travel Exception Request Form** must be sent to:

MTexceptions@gov.nt.ca or fax: (867) 873-0266

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 hors de l'ordinaire ou des difficultés financières excessives découlant d'une situation personnelle ou très particulière.

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

- Il doit être titulaire d'une carte valide d'assurance-maladie des TNO;
- Il doit être admissible aux indemnités de déplacement pour raisons médicales en vertu de la Politique sur les déplacements pour raisons médicales.
- Il doit être dirigé par un professionnel de la santé des TNO vers le grand centre médical le plus proche;
- Il doit fournir des renseignements sur ses besoins hors de l'ordinaire en matière de santé ou prouver qu'il a des difficultés financières excessives découlant d'une situation personnelle ou très particulière;
- Il doit soumettre son formulaire de **Demande d'exception liée aux déplacements pour raisons médicales** dûment rempli.

Le formulaire de **Demande d'exception liée aux déplacements pour raisons médicales** dûment rempli doit être envoyé par courriel à l'adresse MTexceptions@gov.nt.ca ou par télécopieur au 867-873-0266.

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

Patient Information / Renseignements sur le patient

Patient Name:

Nom du patient :

Patient NWT Health Care Card no.:

N° de carte d'assurance-maladie des TNO :

Date of Birth (mm/dd/yyyy):

Date de naissance (mm-jj-aaaa) :

Community of Residence:

Collectivité de résidence :

Phone No.:

N° de téléphone :

Email Address:

Courriel :

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 patient

Name:

Nom :

Relationship to Patient:

Lien avec le patient :

Employer:

Employeur :

Phone No.:

N° de téléphone :

Email Address:

Courriel :

<p>Please provide information that clearly explains your extraordinary health needs and /or demonstrates undue financial hardship because of your personal situation. The more relevant information and documents you provide, the easier it will be to make a decision on your request.</p>	<p>Veillez fournir des renseignements qui expliquent clairement vos besoins hors de l'ordinaire en matière de santé ou qui prouvent des difficultés financières excessives résultant de votre situation personnelle. Plus vous fournirez d'informations et de documents pertinents, plus il sera facile de prendre une décision concernant votre demande.</p>
<p>Reason for Exception Request / Motifs de la demande d'exception</p>	
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Les renseignements médicaux personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis en vertu de la <i>Loi sur les renseignements sur la santé</i>. Ils serviront à déterminer l'admissibilité à une exception au titre de la Politique sur les déplacements pour raisons médicales. Ils sont protégés en vertu des dispositions sur la vie privée contenues dans la <i>Loi sur les renseignements sur la santé</i> ou dans toute autre loi.</p> <p>Pour toute question sur la collecte ou l'utilisation de ces renseignements, veuillez téléphoner au directeur de l'assurance-maladie en composant le 867-767 9050, poste 49007, ou écrire à MTexceptions@gov.nt.ca.</p>
<p>Consent</p>	<p>Consentement</p>
<p>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.</p>	<p>J'autorise le directeur de l'assurance-maladie ou son délégué à communiquer avec les fournisseurs de soins de santé ou toute autre personne appropriée pour obtenir des renseignements liés à la présente demande d'exception.</p>
<p>X _____ Patient Signature / Signature du patient</p> <p>X _____ Parent/Guardian (if Patient is a minor) Signature du parent ou tuteur (si l'enfant est mineur)</p>	<p>_____ Date (mm/dd/yyyy) / Date (mm-jj-aaaa)</p> <p>_____ Date (mm/dd/yyyy) / Date (mm-jj-aaaa)</p>

This form and any additional documentation are to be sent to: MTexceptions@gov.nt.ca or fax: (867) 873-0266
 Le présent formulaire et toute autre documentation doivent être soumis par courriel à l'adresse MTexceptions@gov.nt.ca ou par télécopieur au 867-873-0266.