

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE DES TNO

**Pour un nouveau-né, veuillez remplir le Formulaire d'inscription
au régime d'assurance-maladie pour nouveau-nés.**

Comment remplir ce formulaire

Afin de nous aider à traiter rapidement votre demande, veuillez écrire lisiblement en LETTRES MAJUSCULES à l'intérieur des boîtes, avec de l'**encre noire ou bleue** seulement.

PRÉNOM

Vous pouvez aussi remplir le formulaire électronique au www.hss.gov.nt.ca/fr.

Le formulaire électronique ne peut être rempli en ligne. Si vous remplissez le formulaire dans ce format, veuillez l'imprimer, le signer et le poster, ou encore le numériser et l'envoyer par courriel au bureau de l'Administration des services de santé.

Vous devez répondre à toutes les questions posées au sujet de chaque demandeur ou personne à charge.

Pour plus d'information, visitez le www.hss.gov.nt.ca/fr.

Conditions d'admissibilité

- La personne doit être résidente pour avoir droit à l'assurance-maladie des Territoires du Nord-Ouest (TNO).
- Un résident est une personne légalement autorisée à être ou à rester au Canada qui est domiciliée et qui est habituellement présente aux TNO, à l'exception des touristes, des personnes de passage ou des personnes en visite aux TNO.
- L'expression « habituellement présente » signifie que la personne est physiquement présente aux TNO au moins 153 jours par année civile.

Renseignement important

Vous n'avez pas besoin de vous procurer une carte d'assurance-maladie si vous êtes venu travailler ou vivre aux TNO de manière temporaire (pour une période de 12 mois et moins). Vous pouvez utiliser la carte d'assurance-maladie de votre province ou de votre territoire d'origine si vous consultez un médecin ou si vous vous rendez à l'hôpital ou à un centre de santé durant votre séjour aux TNO. Votre province ou territoire d'origine recevra directement la facture relative aux services rendus, et vous n'aurez rien à déboursier. Veuillez consulter l'information importante de la section F à la fin du formulaire.

Des questions?

Appelez le bureau de l'Administration des services de santé au 1-800-661-0830 ou joignez son personnel par courriel à l'adresse healthcard@gov.nt.ca. Vous pouvez aussi visiter le www.hss.gov.nt.ca/fr.

*Formulaire disponible en anglais. Les traductions dans d'autres langues officielles
des TNO sont disponibles sur demande dans un délai raisonnable.*

LISTE DE VÉRIFICATION – INSCRIPTION AU RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE DES TNO

Vous devez envoyer les documents suivants avec votre formulaire d'inscription. Le traitement de votre demande sera retardé si vous ne fournissez pas tous les documents requis.

Veillez cocher toutes les cases après avoir mis les documents demandés dans l'enveloppe.

<p>1. Formulaire d'inscription au régime d'assurance-maladie Le demandeur doit remplir ce formulaire pour présenter une demande de carte d'assurance-maladie pour lui-même ou un membre de sa famille (voir section D). Si le demandeur remplit la section D, son conjoint ou son conjoint de fait doit également signer la section E.</p> <ul style="list-style-type: none">• Si vous n'êtes pas le parent, mais un tuteur légal, veuillez inclure une copie du document de la cour.	<input type="checkbox"/>
<p>2. Autorisation légale de résider au Canada (voir section C) Pour les citoyens canadiens :</p> <ul style="list-style-type: none">• Soit une copie de votre certificat de naissance d'une province ou d'un territoire du Canada;• Soit une copie de votre passeport canadien valide ou de votre certificat de citoyenneté canadienne. <p>Pour les résidents permanents ou immigrants reçus :</p> <ul style="list-style-type: none">• Une copie de votre carte de résident permanent (recto et verso). <p>Pour les étrangers :</p> <ul style="list-style-type: none">• Soit une copie de votre permis d'études (confirmation d'inscription requise);• Soit une copie de votre permis de travail ou de tout autre document émis par Immigration Canada. <p>Veillez noter : le nom figurant au document à l'appui doit être le même que celui figurant au formulaire de demande.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>3. Résidence Veillez fournir des copies de deux documents valides parmi ceux de la liste suivante. Les documents fournis doivent indiquer votre nom et votre adresse de résidence actuelle pour confirmer que vous résidez aux TNO.</p> <ul style="list-style-type: none">• Convention hypothécaire ou contrat de location signé;• Quittance de loyer;• Lettre de votre propriétaire (privé ou gouvernemental);• Facture de services publics (p. ex. téléphone, câble, eau, gaz, combustible ou électricité);• Relevé d'impôts fonciers;• Formulaire de Revenu Canada (déclaration de revenus des TNO indiquant que vous êtes un résident du Nord);• Preuve d'emploi (p. ex. lettre ou bordereau de paie de votre employeur). <p>Si vous avez déménagé aux TNO dans l'intention d'y rester plus d'un an, mais ne pouvez fournir deux documents de la liste ci-dessus, veuillez fournir :</p> <ul style="list-style-type: none">• Une attestation officielle de résidence (www.hss.gov.nt.ca/fr);• Une lettre d'une référence personnelle confirmant que vous êtes résident des TNO. <p>Pour toute question, téléphonez au bureau de l'Administration des services de santé au 1-800-661-0830.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>4. Statut autochtone (veuillez cocher, s'il y a lieu) Si vous indiquez que vous êtes un membre des Premières Nations, un Inuvialuit, un Inuit ou un Métis, veuillez fournir un document pertinent, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none">• Une copie de votre carte de statut (recto et verso) ou une lettre d'Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC);• Une copie d'une lettre du registraire inuvialuit ou inuit pertinent;• Une copie de votre carte de Métis (recto et verso) ou une lettre d'une association de Métis ou d'une section locale des Métis du Canada ou des TNO. <p>Veillez noter : pour être admissible au régime d'assurance-maladie pour les Métis (RAMM), vous devez présenter une demande séparément. Visitez le www.hss.gov.nt.ca/fr pour vous procurer le formulaire de demande ainsi que de l'information sur les critères d'admissibilité au RAMM.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>5. La présente liste de vérification</p>	<input type="checkbox"/>

Envoyer à : Administration des services de santé
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Sac postal n° 9, Inuvik NT X0E 0T0

Télécopier au : 867-777-3197
OU

Envoyer par courriel à : healthcard@gov.nt.ca

INSCRIPTION AU RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE DES TNO

Les présents renseignements personnels sont recueillis conformément au programme de prestation de soins de santé et serviront à vous inscrire au régime d'assurance-maladie des TNO, si vous y êtes admissible. Ils sont protégés par les dispositions de la loi des TNO sur la protection des renseignements personnels. Pour toute question au sujet de la collecte ou de l'utilisation des renseignements personnels, veuillez joindre le gestionnaire de l'admissibilité au régime d'assurance-maladie au 1-800-661-0830.

A. Renseignements sur le demandeur (voir le point n° 1 de la Liste de vérification)

Nom de famille	Prénom	Second prénom	Genre <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
----------------	--------	---------------	--

Date de naissance (mm-jj-aaaa)	État matrimonial <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Conjoint de fait	Langue de préférence <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français
--------------------------------	---	--

Adresse du domicile (obligatoire)

Numéro et rue, appartement, case postale		
--	--	--

Ville, collectivité ou village	Province ou territoire	Code postal
--------------------------------	------------------------	-------------

Adresse postale (si différente de l'adresse du domicile)

Numéro et rue, appartement, case postale		
--	--	--

Ville, collectivité ou village	Province ou territoire	Code postal
--------------------------------	------------------------	-------------

N° de tél. à la maison	N° de tél. au travail	N° de tél. cellulaire	Adresse de courriel
------------------------	-----------------------	-----------------------	---------------------

À quel titre présentez-vous cette demande?

<input type="checkbox"/> Nouveau résident des TNO	<input type="checkbox"/> Libéré des Forces armées canadiennes Date de libération (mm-jj-aaaa)	<input type="checkbox"/> Libéré d'un pénitencier fédéral Date de libération (mm-jj-aaaa)
<input type="checkbox"/> De retour aux TNO	_____	_____

B. Nouveau résident ou résident de retour aux TNO

Avez-vous déjà eu un n° d'assurance-maladie des TNO? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, quel était-il (si connu)?	J'ai quitté les TNO le (mm-jj-aaaa) :
--	-----------------------------------	---------------------------------------

De quelle adresse êtes-vous parti? (numéro et rue, appartement)	Ville, collectivité ou village
---	--------------------------------

Province ou territoire	Pays	Quand êtes-vous parti de cette adresse? (mm-jj-aaaa)
------------------------	------	--

Si vous êtes parti d'ailleurs au Canada, étiez-vous couvert par un régime d'assurance-maladie gouvernemental? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, quel était votre n° d'assurance-maladie (si connu)?
---	---

Quand avez-vous déménagé aux TNO? (mm-jj-aaaa)	Y séjournerez-vous de manière permanente? <input type="checkbox"/> Oui (plus de 12 mois) <input type="checkbox"/> Non (moins de 12 mois)
--	---

C. Citoyenneté ou statut d'immigrant (voir les points n^{os} 2 et 4 de la Liste de vérification)

- Citoyen canadien (CC)
 Résident permanent (RP) (Immigrant reçu)
 Permis de travail (PT)
 Permis d'études (PÉ)
 Réfugié au sens de la Convention ou personne protégée (RC)
 Autre (préciser) : _____

- Si vous êtes autochtone :
- Premières Nations (FN)
 Inuvialuit ou Inuit (IN)
 Métis (M)

**D. Renseignements sur le conjoint ou le conjoint de fait et les personnes à charge (voir le point n^o 1 de la Liste de vérification). Veuillez remplir cette section, le cas échéant.
 Veuillez cocher la case si la section ne s'applique pas à vous :**

Une personne à charge est un enfant de moins de 19 ans qui réside sous votre toit et qui n'est ni marié ni conjoint de fait.

Est-ce que votre conjoint ou vos personnes à charge vous accompagnent?

- Oui Non Sinon, veuillez fournir la date d'arrivée de votre conjoint (mm-jj-aaaa) : _____

Dressez la liste de tous les membres de votre famille (conjoint et personnes à charge) qui vous ont accompagné ou qui vous accompagneront aux TNO.

Nom de famille	Prénom(s) (premier et second)	Date de naissance (mm-jj-aaaa)	Genre	Citoyenneté ou immigration	Statut autochtone
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> RP <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> PÉ <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	<input type="checkbox"/> FN <input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/> M
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> RP <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> PÉ <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	<input type="checkbox"/> FN <input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/> M
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> RP <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> PÉ <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	<input type="checkbox"/> FN <input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/> M
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> RP <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> PÉ <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	<input type="checkbox"/> FN <input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/> M

*Si vous manquez d'espace, veuillez fournir l'information sur une autre feuille.

E. Déclaration du demandeur ou du conjoint (voir le point n^o 1 de la Liste de vérification)**Je confirme ce qui suit :**

- J'ai déménagé aux TNO et j'ai l'intention d'y résider pendant plus de 12 mois;
- Je serai physiquement présent aux TNO pendant au moins cinq mois (153 jours) par année;
- L'information fournie dans le présent formulaire de demande et les documents qui l'accompagnent est exacte;
- J'autorise les fonctionnaires du bureau de l'Administration des services de santé à vérifier cette information auprès des services d'immigration, des ministères gouvernementaux et d'autres personnes, suivant les besoins.

Je comprends que :

- Si mon nom, mon adresse, mon état de citoyenneté ou mon statut d'immigrant vient à changer, j'en aviserai le bureau de l'Administration des services de santé dans les 30 jours;
- Je dois remplir un Formulaire d'absence temporaire si je m'absente des TNO pour plus de trois (3) mois consécutifs;
- Il est interdit d'obtenir ou de recevoir des services assurés auxquels je n'ai pas droit.

Signature du demandeur parent tuteur légal

X _____ / _____
Signature Date de la signature

Le cas échéant,

X _____ / _____
Signature du conjoint Date de la signature

F. Renseignements importants

EMPLOI TEMPORAIRE, SANS INTENTION DE RÉSIDER AUX TNO PLUS D'UN AN

Vous n'avez pas besoin de demander une carte d'assurance-maladie si votre séjour aux TNO est temporaire (de 12 mois ou moins). Vous pouvez utiliser la carte d'assurance-maladie de votre province ou de votre territoire d'origine lorsque vous consultez un médecin ou lorsque vous vous rendez à l'hôpital ou au centre de santé pendant votre séjour aux TNO. Votre province ou territoire d'origine recevra directement la facture relative à ces services, et vous n'aurez rien à déboursier.

Veillez noter : demandez à votre employeur si vous avez des indemnités de déplacements pour raison médicale. Si vous n'en avez pas, nous vous recommandons de vous procurer une assurance voyage pour vous protéger dans le cas où vous auriez besoin d'un transport médical d'urgence.

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DES PRESTATIONS

Si vous vous installez de manière permanente aux TNO en provenance d'une province ou d'un autre territoire, les prestations débiteront dans la plupart des cas le premier jour du troisième mois de votre arrivée. Pour toute question, veuillez communiquer avec le personnel du bureau de l'Administration des services de santé.

CHANGEMENT DE NOM OU D'ADRESSE

Tout changement apporté au nom ou à l'adresse du demandeur doit être communiqué au bureau de l'Administration des services de santé. Vous pouvez vous procurer le formulaire d'avis de changement au www.hss.gov.nt.ca/fr.

ABSENCE TEMPORAIRE DES TNO

Si vous prévoyez vous absenter des TNO pendant plus de trois (3) mois, sans devenir résident permanent ailleurs, veuillez remplir un Formulaire d'absence temporaire pour vous assurer que votre couverture d'assurance-maladie ne sera pas interrompue. Vous pouvez vous procurer le Formulaire d'absence temporaire au www.hss.gov.nt.ca/fr.

Vous devrez fournir d'autres documents si vous prévoyez vous absenter temporairement des TNO pour l'une des raisons suivantes :

- **ÉTUDIANT À L'EXTÉRIEUR DES TNO** : Si vous prévoyez fréquenter un établissement d'études postsecondaires à l'extérieur des TNO, veuillez fournir un document montrant que vous êtes inscrit à temps plein (comme définit par l'établissement) ou une copie de l'approbation du Programme d'aide financière aux étudiants.
- **ATHLÈTE DE HAUT NIVEAU** : Si vous vous entraînez à l'extérieur des TNO, veuillez fournir un document montrant que vous avez reçu une bourse du Programme de bourses pour les athlètes de haut niveau, ainsi qu'une lettre de l'organisme national de sport ou de l'entraîneur certifié de l'association sportive nationale en question.
- **TOURISTE HIVERNANT** : Si vous vous absentez des TNO pour de longues vacances d'hiver, veuillez fournir une copie de la section de votre formulaire d'impôts le plus récent qui montre votre allocation de vie dans le Nord (veuillez obscurcir les autres renseignements financiers) et une déclaration solennelle affirmant que vous résidez aux TNO. Vous pouvez vous procurer le formulaire de déclaration solennelle au www.hss.gov.nt.ca/fr.

ASSURANCE VOYAGE

Nous vous recommandons de vous procurer une assurance voyage lorsque vous partez en voyage. Pour les résidents qui comptent sortir du Canada, le coût des services médicaux nécessaires en cas d'urgence ou de maladie subite sera couvert aux tarifs des TNO seulement, en devise canadienne. **Le coût des services de santé peut être considérablement plus élevé à l'extérieur du Canada.** Vous aurez la responsabilité de payer la différence entre les honoraires facturés et le montant remboursé par le bureau de l'Administration des services de santé.

Si vous voyagez partout ailleurs au Canada, votre carte d'assurance-maladie des TNO couvrira les services médicaux nécessaires que pourrait vous procurer un médecin ou un hôpital, mais **elle ne couvrira pas** toutes les dépenses, comme les frais d'ambulance ou le service d'évacuation médicale (aérienne).