



FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS LIÉS AUX DÉPLACEMENTS POUR RAISONS MÉDICALES

(Tous les déplacements pour raisons médicales doivent être préalablement autorisés par l'établissement de santé local ou le Service des déplacements pour raisons médicales.)

Mise à jour : 1^{er} janvier 2026

(Usage interne seulement)

Case/Claim #: Org (Primary): 1841 Invoice Date: Approval #:

Payable à :	Courriel :
Adresse postale complète :	Tél. :
Nom du patient :	Nom de l'accompagnateur (le cas échéant) :
Adresse postale complète du patient :	

Date de début	Date de fin	Description	Lieu		Quantité	Taux	Total (en \$)
Départ (date)	Retour (date)		Départ	Destination			
		Hébergement du patient				50 \$/nuit	
		Hébergement de l'accompagnateur				50 \$/nuit	
		Repas du patient				18 \$/jour	
		Repas de l'accompagnateur				18 \$/jour	
		Véhicule du patient Aller simple <input type="checkbox"/> Aller-retour <input type="checkbox"/>				0.305 \$/km	
		Vol du patient Aller simple <input type="checkbox"/> Aller-retour <input type="checkbox"/>					
		Vol de l'accompagnateur Aller simple <input type="checkbox"/> Aller-retour <input type="checkbox"/>					
		Taxis et navettes sur place					
		Quote-part à déduire (le cas échéant) : 200 \$ pour aller simple, 400 \$ pour l'aller-retour					
		Total réclamé :					

- **LA PREUVE QUE LE PATIENT A HONORÉ SON OU SES RENDEZ-VOUS (PRÉSENCE) EST EXIGÉE POUR LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT (page 2).**
 - Le Service des déplacements pour raisons médicales ne vous rembourse que l'itinéraire le plus économique et rentable lors de votre déplacement pour des raisons médicales.
 - Pour les déplacements en avion, en taxi ou en navette d'aéroport, vous devez joindre au formulaire les reçus originaux indiquant le coût, le point de départ et la destination des déplacements.
 - Les courses de taxi de l'aéroport international d'Edmonton à un hôtel (navette seulement) ou au centre d'hébergement approuvé (ou pour revenir à l'aéroport) ne sont pas remboursées.
 - Les courses de taxi en provenance et à destination de votre lieu d'hébergement, de vos rendez-vous, de l'aéroport (excluant Edmonton) et des pharmacies vous seront remboursées jusqu'à concurrence de 25 \$ par course.
 - Des indemnités basées sur le kilométrage d'un véhicule privé ne sont versées que pour les déplacements entre deux collectivités, sur présentation des reçus d'essence.
 - Le stationnement et le kilométrage dans la collectivité de destination ne sont PAS remboursés.

J'ai lu et j'accepte les modalités de la politique sur les déplacements pour raisons médicales du GTNO.

Patient		Agent approuvant les déplacements pour raisons médicales (ASTNO)
<hr/>	MM JJ AAAA	<hr/>
Signature		Signature

Les réclamations doivent être envoyées dans les trois mois après le déplacement. Notez que le traitement d'une réclamation prend de quatre à six semaines.

Les réclamations peuvent être postées à :

Votre bureau local esdéplacements pour raisons médicales

ou à :

Réception par le bureau régional :

Réception par le bureau régional : _____
Réception par le bureau de Yellowknife : _____

Reception par le bureau de l'ellow
Date d'examen ou de traitement :

Date d'exai

ou à :
ASTNO – Bureau des déplacements pour raisons médicales
Box 10, 548 Byrne Road
Yellowknife NT X1A 2N1
Téléc. : 867-920-2172 Courriel : ykmedicaltravel@gov.nt.ca

Preuve de présence

Nom du patient : _____ Nº d'assurance-maladie : _____ Date de naissance : _____

Ce formulaire confirme que le patient a honoré le ou les rendez-vous suivants :

Lieu :	Date :	Heure :
Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie)		Signature du professionnel de la santé

Lieu :	Date :	Heure :
Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie)		Signature du professionnel de la santé

Lieu :	Date :	Heure :
Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie)		Signature du professionnel de la santé

Lieu :	Date :	Heure :
Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie)		Signature du professionnel de la santé

Lieu :	Date :	Heure :
Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie)		Signature du professionnel de la santé

Lieu :	Date :	Heure :
Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie)		Signature du professionnel de la santé

Veuillez utiliser le verso du formulaire pour ajouter des rendez-vous ou des commentaires.