

Health PEI

Out-of-Province Health Services

16 Garfield Street
PO Box 2000, Charlottetown
Prince Edward Island
Canada C1A 7N8

Santé Î.-P.-É.

Services de santé hors province

16, rue Garfield
C. P. 2000, Charlottetown
(Île-du-Prince-Édouard)
Canada C1A 7N8

Téléphone : 902-368-6516
Télécopieur : 902-569-0581

Formulaire de demande de remboursement des frais de déplacement et d'hébergement pour les chirurgies de transplantation en dehors des provinces maritimes

À envoyer à l'adresse ci-dessus

Nom du résident :	Adresse :	Téléphone :	N° de carte-santé :
			N° d'assurance sociale :
Nom du médecin (Î.-P.-É.):	Adresse :	Téléphone :	Spécialité :
Nom du médecin (hors province) :	Adresse :	Téléphone :	Spécialité :
Dates de déplacement :	Du :	Dispositions prises pour le déplacement	Avion
	Au :		Véhicule privé
Bénéficiez-vous actuellement, ou avez-vous demandé à bénéficier d'une aide financière pour les frais d'hébergement ou de déplacement de la part d'un autre ministère ou d'une autre organisation, telle que l'aide au revenu?			Oui Non
Disposez-vous d'une assurance privée qui prend en charge l'assistance au déplacement et/ou à l'hébergement?			Oui Non
Avez-vous reçu une préapprobation par Santé Î.-P.-É. pour vous déplacer hors de la province afin d'obtenir des services de santé assurés qui ne sont pas disponibles dans les provinces maritimes?			Oui Non
SOMMAIRE DE LA RÉCLAMATION	MONTANT		
Réclamation pour le déplacement		\$	
Réclamation pour l'hébergement		\$	
DÉPENSES TOTALES		\$	
J'atteste par la présente que les dépenses déclarées sont correctes et justes à tous égards et que la totalité des dépenses a été engagée pour obtenir des services de santé préapprouvés et assurés qui ne sont pas disponibles à l'Île-du-Prince-Édouard. J'ai joint les reçus originaux et les cartes d'embarquement pour tous les frais de déplacement pour lesquels je demande une aide financière. Je consens à ce que le personnel de santé contacte mon ou mes médecins et ma compagnie d'assurance afin de vérifier mon admissibilité à ce programme.			
Préparé par :	Téléphone :	Date (jj/mm/aaaa) :	
Signature du demandeur ou du représentant :	Nom en lettres moulées :	Date (jj/mm/aaaa) :	