NWT APPLICATION FOR HEALTH CARE

For Newborns, please complete the NWT Application for Health Care – Newborn.

How to Complete this Form:

To help us process your application quickly, please write clearly in UPPERCASE LETTERS inside the boxes using **black or blue ink** only.

FIRST NAME

You can also complete the electronic form found at **www.hss.gov.nt.ca**.

The electronic form cannot be submitted online. If completed electronically, please print the form, sign and then mail or scan and email to Health Services Administration.

You must complete all the questions asked for each applicant or dependent.

For detailed information, please visit **www.hss.gov.nt.ca**.

Notes on Eligibility Requirements:

- A person must be a resident to be eligible for Northwest Territories (NWT) Health Care.
- A resident means a person who is lawfully entitled to be or to remain in Canada, who makes his or her home and is ordinarily present in the NWT; but does not include a tourist, transient or visitor to the Territories.
- Ordinarily present means physically present in the NWT for at least 153 days during each calendar year.

Under the *Health Information Act*, information provided to Health Services Administration may be used to determine eligibility for the health care plan upon initial application and renewal and to verify continued eligibility at any time.

Please Note:

You do not need to apply for a health care card if you have come to work/live in the NWT temporarily (up to 12 months). The health care card from your home province/territory can be used when you go to a doctor/hospital/health centre while you are in the NWT. Your home province/territory will be billed directly for these services, so you will not have to pay out-of-pocket. See important information in Section F at the end of the Application Form.

Questions?

Call Health Services Administration
1-800-661-0830
healthcarecard@gov.nt.ca
Visit **www.hss.gov.nt.ca**

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.

En vertu de la *Loi sur les renseignements sur la santé*, les renseignements transmis à l'Administration des services de santé peuvent servir à déterminer l'admissibilité au régime d'assurance-maladie lors d'une première demande d'inscription ou du renouvellement, et pour vérifier l'admissibilité continue, en tout temps.

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 débourser. 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 **healthcarecard@gov.nt.ca**. Vous pouvez aussi visiter le **www.hss.gov.nt.ca/fr**.

If you would like this information in another official language, contact us at 1-855-846-9601. / Si vous voulez ces informations dans une autre langue officielle, téléphonez-nous au 1-855-846-9601.

DOCUMENT CHECKLIST – NWT APPLICATION FOR HEALTH CARE

You must send the following documents in with your application form. There will be delays in processing your application if you do not include all the required documents.

Check all boxes once you enclose the item in the envelope.

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.

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

1. Application for Health Care The applicant must complete the form. The applicant applies for his or her own health care card and can also apply for family members by completing Section D. If Section D is completed, the spouse or partner must also sign the form in Section E, if they are physically present in the NWT. • If you are not the parent, but are a legal guardian, please include a copy of the court document.	☐	**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, s'il se trouve aux TNO. • Si vous n'êtes pas le parent, mais un tuteur légal, veuillez inclure une copie du document de la cour.
2. Legal Right to be in Canada (See Section C.) For Canadian Citizens: • A copy of your birth certificate from a Canadian province or territory; • A copy of your valid Canadian Passport or Canadian Citizenship Certificate; or • A copy of your status card issued by Indigenous Services Canada. For Permanent Residents/Landed Immigrants: • A copy of your Permanent Resident Card (front and back). For Foreign Nationals: • A copy of your Study Permit (confirmation of enrollment is required); or • A copy of your Work Permit or other document issued by Immigration Canada. **Please Note:** Your name on the supporting document must match the name on the application.	☐	**2. Autorisation légale de résider au Canada** (voir section C) Pour les citoyens canadiens : • 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; • Soit une copie de votre carte de statut émise par Services aux Autochtones Canada. Pour les résidents permanents ou immigrants reçus : • Une copie de votre carte de résident permanent (recto et verso). Pour les étrangers : • 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. **Veuillez noter :** le nom figurant au document à l'appui doit être le même que celui figurant au formulaire de demande.

3. Residency
Provide copies of **two** valid documents from the following list. **The documents you send in must show your name and current home address to confirm that the NWT is your place of residence:**
• Signed mortgage, rental or lease agreement;
• Rent receipt;
• Letter from private or government landlord;
• One utility bill (e.g. cable, water, gas, oil or power);
  • Note: cell phone bills are not a recognized document;
• Property tax form;
• Revenue Canada form (NWT Income Tax Return);
• Proof of employment (e.g. letter from your employer or pay stub);
• Other documents issued by Government that include your name and residential address [e.g. Child Tax Benefit Statement, Employment Insurance Benefit Statement, Canada Pension Plan Statement of Contributions (please white out financial details)].
  • Driver's Licences and Government Ids are excluded from this list.
 	
If you have moved to the NWT and intend to stay here for more than a year, but you cannot get two documents from this list, contact Health Services Administration at 1-800-661-0830.
	☐	**3. Résidence**
		Veuillez 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.**
		• Convention hypothécaire ou contrat de location signé;
		• Quittance de loyer;
		• Lettre de votre propriétaire (privé ou gouvernemental);
		• Facture de services publics (p. ex. câble, eau, gaz, combustible ou électricité);
		  • Remarque : une facture de services de téléphonie cellulaire n'est pas un document reconnu.
		• Relevé d'impôts fonciers;
		• Formulaire de Revenu Canada (déclaration de revenus des TNO);
		• Preuve d'emploi (p. ex. lettre ou bordereau de paie de votre employeur);
		• Toute autre pièce officielle où paraissent vos nom et adresse résidentielle – p. ex. relevé de prestations fiscales pour enfants, de prestations d'assurance-emploi ou de participation au Régime de pensions du Canada (veuillez masquer les détails financiers).
		  • Les permis de conduire et les pièces d'identité émises par le gouvernement sont exclus de la présente liste.
		
		Si vous avez emménagé aux TNO et que vous prévoyez y rester pour plus d'un an, mais que vous ne pouvez obtenir deux des documents inscrits sur la présente liste, veuillez communiquer avec l'Administration des services de santé au 1-800-661-0830.

4. Indigenous Status (Check if Applicable)

If you indicate that you are First Nations, Inuvialuit, Inuit or Métis, please provide relevant documentation:

- A copy of your status card (front and back) or a letter from Indigenous Services Canada;
- A copy of a letter from the applicable Inuvialuit/Inuit Registrar;
- A copy of your Métis card (front and back) or a letter from a Métis Association or a Métis Local in Canada or NWT.

Please Note: In order to be eligible for the Métis Health Benefit (MHB) program, you must apply separately. Go to **www.hss.gov.nt.ca** for the application form and details on eligibility criteria for the MHB program.

☐

4. Statut autochtone (cocher, le cas échéant)

Veuillez fournir la documentation nécessaire prouvant que vous êtes membre des Premières Nations, Inuvialuit(e), Inuit(e) ou Métis(se) :

- Une copie de votre carte de statut (recto et verso) ou d'une lettre de Services aux Autochtones Canada;
- Une copie d'une lettre du registraire inuvialuit ou inuit pertinent;
- Une copie de votre carte de Métis[se] (recto et verso) ou d'une lettre d'une association de Métis du Canada ou des TNO.

Veuillez 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.

Mail to: Health Services Administration
Department of Health and Social Services
Bag #9, Inuvik NT X0E 0T0
Fax to: 1-867-777-3197
OR
Email to: healthcarecard@gov.nt.ca

Envoyer à : Administration des services de santé
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Sac postal 9, Inuvik NT X0E 0T0
Télécopier au : 867-777-3197
OU
Envoyer par courriel à : healthcarecard@gov.nt.ca

Government of Northwest Territories
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

FOR OFFICE USE ONLY POUR USAGE INTERNE SEULEMENT	IM-

NWT APPLICATION FOR HEALTH CARE

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 for the NWT Health Care Plan. 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.

INSCRIPTION AU RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE DES TNO

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 des TNO. 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.

A. Applicant Information (See Checklist, Item #1)
A. Renseignements sur le demandeur (voir le point nº 1 de la Liste de vérification)

Last Name Nom de famille	First Name Prénom	Middle Name Second prénom

Gender Genre ☐ M ☐ F	Date of Birth (mm/dd/yyyy) Date de naissance (mm-jj-aaaa)	Preferred Language Langue de préférence ☐ English Anglais ☐ French Français

Marital Status / État matrimonial
☐ Single / Célibataire ☐ Married / Marié ☐ Widowed / Veuf ☐ Divorced / Divorcé ☐ Common-law / Conjoint de fait ☐ Separated / Séparé

Home Phone Number N° de tél. à la maison	Work Phone Number N° de tél. au travail
Cell Phone Number N° de tél. cellulaire	Email Address Adresse de courriel

Home Address (must be provided)
Adresse du domicile (obligatoire)

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

Mailing Address (if different from home address)
Adresse postale (si différente de l'adresse du domicile)

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

Why are you applying?
À quel titre présentez-vous cette demande?

☐ New NWT Resident Nouveau résident des TNO	Date arrived (mm/dd/yyyy): Date d'arrivée (mm-jj-aaaa) :
☐ Returning to live in the NWT Retourné vivre aux TNO	Date arrived (mm/dd/yyyy): Date d'arrivée (mm-jj-aaaa) :
☐ Expired NWT Healthcare Card Expiration de la carte d'assurance-maladie des TNO	Date expired (mm/dd/yyyy): Date d'expiration (mm-jj-aaaa) :
☐ Discharged from the Canadian Armed Force Libéré des Forces armées canadiennes	Date discharged (mm/dd/yyyy): Date de sortie (mm-jj-aaaa) :
☐ Released from a Federal Penitentiary Libéré d'un pénitencier fédéral	Date released (mm/dd/yyyy): Date de libération (mm-jj-aaaa) :

B. New or Returning Resident to the NWT
B. Nouveau résident ou résident de retour aux TNO

Have you ever had an NWT Health Care Card? Avez-vous déjà eu un nº d'assurance-maladie des TNO? ☐ Yes / Oui ☐ No / Non	If yes, what was the number (if known)? Si oui, quel en était le numéro (si connu)?	Do you intend to stay in the NWT for 12 months or longer? Prévoyez-vous rester aux TNO pour au moins 12 mois? ☐ Yes / Oui ☐ No / Non

If you moved from another part of Canada, did you have a provincial or territorial health care card?
Si vous arrivez d'une autre région du Canada, aviez-vous une carte d'assurance-maladie émise par la province ou le territoire? ☐ Yes / Oui ☐ No / Non

If yes, what was your health care card/medical plan number (if known)?
Si oui, quel était le numéro de votre carte (si connu)?

If you arrived from outside of Canada, what date did you arrive in Canada? (mm/dd/yyyy)
Si vous résidiez à l'extérieur du Canada, quand êtes-vous arrivé en sol canadien? (mm-jj-aaaa)

What address did you move from?
Quelle était votre ancienne adresse?

Apartment, Street Number and Name
Nº civique, rue, nº d'appartement

City/Town/Village Ville, collectivité ou village	Province/Territory Province ou territoire	Postal Code Code postal

When did you leave this address? (mm/dd/yyyy)
Quand avez-vous quitté cette adresse? (mm-jj-aaaa)

Date you decided to live in the NWT permanently, if different than date arrived? (mm/dd/yyyy)
À quelle date avez-vous décidé de devenir un résident permanent des TNO, si elle diffère de votre date d'arrivée? (mm-jj-aaaa)

C. Citizenship or Immigration Status (See Checklist, Items #2 and #4)
C. Citoyenneté ou statut d'immigrant (voir les points nos 2 et 4 de la Liste de vérification)

- ☐ Canadian Citizen (CC)
  Citoyen canadien (CC)
- ☐ Permanent Resident (PR) (Landed Immigrant)
  Résident permanent (RP) (Immigrant reçu)
- ☐ Work Permit (WP)
  Permis de travail (PT)
- ☐ Study Permit (SP)
  Permis d'études (PÉ)
- ☐ Convention Refugee/Protected Person (CR)
  Réfugié au sens de la Convention ou personne protégée (RC)

If Indigenous:
Si d'origine autochtone :

- ☐ First Nations (FN)
  Membre des Premières Nations (PN)
- ☐ Inuvialuit/Inuit (IN)
  Inuvialuit(e) ou Inuit(e) (IN)
- ☐ Métis (M)
  Métis(se) (M)
- ☐ Indigenous Métis* (H)
  Métis(se) indigène* (H)

* Eligible for and registered on the GNWT Métis Health Benefit Program
* Admissible et inscrit au Régime d'assurance-maladie complémentaire pour les Métis du GTNO

D. Spouse/Partner and Dependent Information (See Checklist, Item #1).
Complete this section if you indicated you are married or common-law in Section A.

D. Renseignements sur le conjoint ou le conjoint de fait et les personnes à charge (voir le point nº 1 de la Liste de vérification).
Veuillez remplir la présente section si, dans la Section A, vous avez indiqué que vous étiez marié ou en union de fait.

☐ **Please check this box if not applicable**
Veuillez cocher la case si la section ne s'applique pas à vous

A dependent is a child under 19 years of age who is living with you; and who is not married or in a common-law relationship.
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.

Did your spouse/dependents accompany you?
Est-ce que votre conjoint ou vos personnes à charge vous accompagnent?

☐ Yes / Oui ☐ No / Non If no, please provide Date of Arrival of Spouse (mm/dd/yyyy):
Sinon, veuillez fournir la date d'arrivée de votre conjoint (mm-jj-aaaa) :

If no, Current Location of Spouse (i.e. province/territory or country):
Sinon, veuillez indiquer où se trouve votre conjoint (c.-à-d. province, territoire ou pays) :

List below all the members of your household (spouse and dependents) that have accompanied you to the NWT or who will be joining you.
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.

Last Name Nom de famille	Given Name(s) (First and Middle) Prénom(s) (premier et second)	Date of Birth (mm/dd/yyyy) Date de naissance (mm-jj-aaaa)	Gender Genre	Citizen/Immigration Citoyenneté ou statut d'immigrant	Indigenous Status Statut autochtone
			☐ M ☐ F	☐ CC/CC ☐ PR/RP ☐ WP/PT ☐ SP/PÉ ☐ CR/RC ☐ Other (specify): Autre (préciser) :	☐ FN/PN ☐ IN ☐ M
			☐ M ☐ F	☐ CC/CC ☐ PR/RP ☐ WP/PT ☐ SP/PÉ ☐ CR/RC ☐ Other (specify): Autre (préciser) :	☐ FN/PN ☐ IN ☐ M
			☐ M ☐ F	☐ CC/CC ☐ PR/RP ☐ WP/PT ☐ SP/PÉ ☐ CR/RC ☐ Other (specify): Autre (préciser) :	☐ FN/PN ☐ IN ☐ M

* If you run out of space, please list the information on a separate sheet.
* Si vous manquez d'espace, veuillez fournir l'information sur une autre feuille.

E. Applicant/Spouse Declaration
(See Checklist, Item #1)

I confirm that:

- I have moved to the NWT and intend to make my home here for more than 12 months;
- I will be physically present in the NWT for at least 5 months (153 days) a year;
- The information that I have given in this application and in the documents I have provided is true and accurate; and
- I consent to officials in the Health Services Administration office verifying this information with immigration authorities, government departments, and other persons as appropriate.

I understand that:

- If there is a change in my name, address, citizenship or immigration status, I will tell the Health Services Administration office within 30 days;
- I must complete a *Temporary Absence Form* if I will be out of the NWT for more than 3 consecutive months; and
- It is an offence to obtain or receive insured services to which I am not entitled.

E. Déclaration du demandeur ou du conjoint
(voir le point nº 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.

☐ **I have included all the applicable documents listed on the checklist and understand there will be a delay in processing my application if I have not done so.**
J'ai inclus tous les documents nécessaires inscrits sur la liste de vérification et je comprends que le traitement de ma demande pourrait être ralenti si ce n'était pas le cas.

Signature of / Signature du ☐ Applicant / demandeur ☐ Parent / parent ☐ Legal Guardian / tuteur légal

X PLEASE PRINT FORM TO SIGN / VEUILLEZ IMPRIMER LE FORMULAIRE POUR LE SIGNER

Signature | Date signed / Date de la signature

Name (please print)
Nom (prière d'écrire en caractères d'imprimerie)

If applicable, / Le cas échéant,

X PLEASE PRINT FORM TO SIGN / VEUILLEZ IMPRIMER LE FORMULAIRE POUR LE SIGNER

Signature of spouse/partner / Signature du conjoint | Date signed / Date de la signature

NOTE: Persons 19 years of age and older must sign the Temporary Absence Form.
Note : Les personnes de 19 ans et plus doivent signer le formulaire d'absence temporaire.

F. Important Information

TERM EMPLOYMENT AND NOT INTENDING TO LIVE IN NWT FOR MORE THAN A YEAR:
You do not need to apply for health care if you have come to work/live in the NWT temporarily (up to 12 months). The health care card from your home province/territory can be used when you go to a doctor/hospital/health centre while you are in the NWT. Your home province/territory will be billed directly for these services, so you will not have to pay out-of-pocket.

Please note: Check with your employer to see if you have medical travel benefits. If you do not, it is recommended that you obtain travel insurance to cover you in case you need emergency medical travel.

EFFECTIVE DATE OF BENEFITS:
If you moved permanently to the NWT from another province or territory, coverage will start on the first day of the third month after arriving, in most cases. Contact Health Services Administration if you have any questions.

CHANGE OF NAME OR ADDRESS:
Health Services Administration must be notified immediately of any changes to your name and address. You can get the Notification of Change form at **www.hss.gov.nt.ca**

TEMPORARY ABSENCE FROM THE NWT:
If you are planning on being out of the NWT for more than 3 months, without becoming a permanent resident elsewhere, complete a *Temporary Absence Form* to ensure that your health care coverage is not interrupted. You can get the form at **www.hss.gov.nt.ca**

Additional documentation is required if you are temporarily absent because you are a:

- OUT OF TERRITORY STUDENT: Provide a copy of your Conditional Acceptance Letter from the school **with** your course outline **or** document from the Registrar's Office for each semester confirming that you are going to post-secondary school full-time (as defined by the school).
- HIGH PERFORMANCE ATHLETE: If you are training out-of-territory, provide documentation showing that you have received a grant from the NWT High Performance Athlete Program, and a letter from the National Sporting Organization or National Sporting Association Certified Coach.
- SNOWBIRD: If you leave the NWT for long winter vacations, provide a copy of your income tax form (you can black-out financial information) and a statutory declaration affirming you are an NWT resident. Get the statutory declaration at **www.hss.gov.nt.ca**

TRAVEL INSURANCE:
It is recommended that you obtain travel insurance when you travel. For residents travelling outside of Canada, the cost of medically necessary services needed for an emergency or sudden illness will be provided at NWT rates only, in Canadian currency. **The cost for health services may be considerably higher outside Canada**. You will be responsible for paying the difference between the fee charged and the amount reimbursed by Health Services Administration.

When travelling elsewhere in Canada, your NWT Health Care Card covers you for medically necessary services provided by a doctor or in a hospital, but **does not cover** all expenses, such as ambulance or medevac fees.

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 débourser.

Veuillez 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 débuteront 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 : Veuillez fournir une copie de votre lettre d'acceptation conditionnelle accompagnée d'une description du programme de formation ou d'un document du Bureau du registraire, pour chaque session de cours, confirmant que vous fréquentez un établissement postsecondaire à temps plein (tel que défini par l'établissement).
- 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 (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).