

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

La présente information personnelle est recueillie en vertu du pouvoir conféré par la politique et la directive sur l'assurance-maladie complémentaire du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest et sera utilisée pour déterminer l'admissibilité au programme. L'information est protégée par les dispositions de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Si vous avez des questions à cet effet, communiquez avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (voir l'information sur le présent formulaire). **Pour faire une demande d'inscription au Programme de prestation d'assurance-maladie complémentaire (PPAMC), vous devez d'abord être inscrit au Régime d'assurance-maladie des Territoires du Nord-Ouest.**

À noter : Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez utiliser une feuille séparée et la joindre à ce formulaire.

- Le programme de prestation d'assurance-maladie complémentaire est un payeur de dernier recours. Vous devez d'abord soumettre une demande de prestation auprès de votre régime d'assurance collective (régime de votre employeur) ou de tout autre régime semblable.
- Si les renseignements relatifs à votre employeur doivent être modifiés, veuillez en aviser sans tarder le coordonnateur des prestations à l'adresse suivante : Coordonnateur des prestations, Prestations d'assurance-maladie, Administration des services de santé, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, Sac postal n° 9, Inuvik NT X0E 0T0.
Fax : 867-777-3197; téléphone : 867-777-7400; 1-800-661-0830 (sans frais).

DEMANDEUR

Le genre masculin est utilisé dans le présent formulaire comme genre neutre

Nom	Prénom(s)	Init.	Né le (a/m/j)	Numéro de R.A.M.
Adresse postale		Ville ou communauté		Code postal
Conjoint/Conjoint de fait (parent ou tuteur pour personne à charge)			Numéro de téléphone	Numéro de R.A.M.

Remarque : Si vous faites une demande pour une personne à charge, assurez-vous que les deux parents ou tuteurs complètent la section « emploi » ci-dessous.

EMPLOI

DESCRIPTION	DEMANDEUR <small>Ou parent du tuteur si le demandeur est une personne à charge</small>	CONJOINT/CONJOINT DE FAIT <small>Ou second parent du tuteur si le demandeur est une personne à charge</small>
Avez-vous un emploi?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, nom de l'employeur (Si gouvernement, préciser le nom du ministère)		
Adresse de l'employeur		
Numéro de téléphone de l'employeur		
Êtes-vous couvert par un régime d'assurance collective?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, donner le nom du régime		

RAPPORT MÉDICAL (À être rempli par le médecin ou l'infirmière)

Remarque : Non-requis pour les demandeurs Métis ou non-autochtones âgés de 60 ans et plus (personnes du troisième âge).		
Diagnostic CIMA	Nom du médecin, de l'infirmière responsable (écrire en lettres majuscules)	Numéro du médecin
Diagnostic émis le (a/m/j) :	<u> X </u> Signature	_____ Date (a/m/j)

ATTESTATION DU DEMANDEUR

Je consens à la divulgation de mes renseignements personnels au Programme de prestation d'assurance-maladie complémentaire afin de déterminer mon admissibilité à la couverture de la prestation d'assurance-maladie complémentaire.	
<u> X </u> Signature du demandeur	_____ Date (a/m/j)

RENOYER À :

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Régime d'assurance-maladie supplémentaire
Sac postal n° 9, Inuvik NT X0E 0T0

Téléphone : 867-777-7400
Sans Frais : 1-800-661-0830