Government of Northwest Territories
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

MEDICAL TRAVEL APPEAL REQUESTS

Use this form to appeal a decision about a medical travel request under Extended Health Benefits (EHB), Métis Health Benefits (MHB), or Non-Insured Health Benefits (NIHB).

If your medical travel coverage is provided through an employer plan, private insurance, or another plan, contact that plan's administrator about its appeal process.

Submit your appeal within **60 days** of the Medical Travel Office's decision.

Email the completed form and supporting documents to medtravappeal@gov.nt.ca or fax them to **867-873-0266**.

You can use this form if:

- you have a valid NWT health care card;
- are registered for EHB or eligible for medical travel through MHB or NIHB;
- you have a medical referral, where required; and
- you are appealing a decision about a specific medical travel request.

Explain the decision you are appealing and why you believe it should be reconsidered. **Attach the Medical Travel Office decision and any other documents that support your appeal**.

What happens next

We will review your appeal within **5 business days** to confirm that we have enough information. If more information is needed, we will contact you or a relevant health care provider.

Once the required information has been received, you will receive a written decision:

- within **10 business days** for an upcoming medical travel; or
- within **30 business days** if the travel has already occurred.

DEMANDE D'APPEL LIÉE AUX DÉPLACEMENTS POUR RAISONS MÉDICALES

Remplissez ce formulaire pour faire appel d'une décision concernant les demandes de déplacement pour raisons médicales en vertu du régime d'assurance-maladie complémentaire (RAMC), du régime d'assurance-maladie complémentaire pour les Métis ou du Programme de services de santé non assurés (SSNA).

Si la couverture de vos déplacements pour raisons médicales est offerte dans le cadre d'un régime financé par un employeur, d'une assurance privée ou d'un autre régime, communiquez avec l'administrateur de ce régime pour en savoir plus sur son processus d'appel.

Vous devez présenter votre demande d'appel dans les **60 jours** suivant la réception de la décision du Bureau des déplacements pour raisons médicales.

Envoyez votre formulaire rempli par courriel à l'adresse medtravappeal@gov.nt.ca ou par télécopieur au **867-873-026**6.

Vous pouvez utiliser ce formulaire si vous :

- possédez une carte d'assurance-maladie des TNO valide;
- êtes inscrit au RAMC ou êtes admissible aux déplacements pour raisons médicales au titre du régime d'assurance-maladie complémentaire pour les Métis ou du SSNA;
- avez une recommandation médicale, si nécessaire;
- en appelez d'une décision relative à une demande liée aux déplacements pour raisons médicales bien précise.

Expliquez pourquoi la décision que vous portez en appel devrait être reconsidérée selon vous. **Joignez le document indiquant la décision du Bureau des déplacements pour raisons médicales et tout document à l'appui de votre demande d'appel**.

Et ensuite?

Nous examinerons votre demande d'appel dans les **cinq jours ouvrables** pour nous assurer que les renseignements fournis sont suffisants. Si nous avons besoin de plus amples renseignements, nous communiquerons avec vous ou le professionnel de la santé concerné.

Une fois les renseignements requis reçus, vous recevrez une décision par écrit :

- dans un délai de **10 jours ouvrables** pour un déplacement médical à venir; ou
- dans un délai de **30 jours ouvrables** si le déplacement pour raisons médicales a déjà eu lieu.

Medical Travel Appeal Request Form / Demande d'appel liée aux déplacements pour raisons médicales

1. Patient Information / Renseignements sur le ou la patient(e)

Patient Name:
Nom :

Patient NWT Health Care Card no.:
N° de carte d'assurance-maladie des TNO :

Date of Birth (mm/dd/yyyy):
Date de naissance (mm-jj-aaaa) :

Home Community:
Collectivité d'origine :

Phone No.:
N° de téléphone :

Email Address:
Courriel :

What benefit coverage do you have? (please tick box):
Quel est votre régime d'assurance-maladie? (Veuillez cocher la case appropriée) :

☐ Extended Health Benefits (EHB)
Régime d'assurance-maladie complémentaire (RAMC)

☐ Non-Insured Health Benefits (NIHB)
Services de santé non assurés (SSNA)

☐ Métis Health Benefits (MHB)
Régime d'assurance-maladie complémentaire pour les Métis

Location of Medical Appointment:
Lieu du rendez-vous médical :

Name of NWT Health Care Provider:
Nom du professionnel de la santé des TNO :

Medical Appointment Date (mm/dd/yyyy):
Date du rendez-vous médical (mm-jj-aaaa) :

2. If Completing Form on Behalf of Patient / Si une personne remplit le formulaire au nom du ou de la patient(e)

Name:
Nom :

Relationship to Patient:
Lien avec le ou la patient(e) :

Phone No.:
N° de téléphone :

Email Address:
Courriel :

3. Appeal Request Details / Détails de la demande d'appel

Explain the decision you are appealing and why you believe it should be reconsidered:
Expliquez pourquoi la décision que vous portez en appel devrait être reconsidérée selon vous :

Attach additional pages, if necessary, and any documents to support your appeal request. Recommended documents to attach include letters or referrals from an NWT Health Care Provider, Medical Travel Office correspondence denying request, financial statements, etc.

Joignez des pages supplémentaires si nécessaire et tout document à l'appui de votre demande d'appel. Il est recommandé de joindre les documents suivants : lettres ou recommandations d'un professionnel de la santé des TNO, correspondance relative à un déplacement pour raisons médicales faisant état du refus de la demande, états financiers, etc.

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 an appeal under the Extended Health Benefits (EHB), Métis Health Benefits (MHB), or Non-Insured Health Benefits (NIHB) Policy. 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 Director of Medical Insurance at (867) 767-9050 ext. 49007 or medtravappeal@gov.nt.ca.	Les renseignements médicaux personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi sur les renseignements sur la santé*. Ils serviront à déterminer votre admissibilité à une demande d'appel au titre du régime d'assurance-maladie complémentaire (RAMC), du régime d'assurance-maladie complémentaire pour les Métis ou de la Politique du programme de services de santé non assurés (SSNA). Ils sont protégés en vertu des dispositions sur la vie privée contenues dans la *Loi sur les renseignements sur la santé* ou dans toute autre loi. Pour toute question sur la collecte ou l'utilisation de ces renseignements, veuillez téléphoner à la direction de l'assurance-maladie en composant le 867-767-9050, poste 49007, ou écrire à medtravappeal@gov.nt.ca.

Consent	**Consentement**
I consent to the Director of Medical Insurance or their delegate contacting relevant Health Care Providers, or other persons as appropriate, to obtain information relating to this appeal request.	J'autorise le ou la directeur(rice) de l'assurance-maladie ou sa personne déléguée à communiquer avec les professionnels de la santé concernés ou avec toute autre personne, si nécessaire, pour obtenir des renseignements liés à la présente demande d'appel.

X _____ _____

Patient Signature / Signature du ou de la patient(e) — Date (mm/dd/yyyy) / Date (mm-jj-aaaa)

X _____ _____

Parent/Guardian (if Patient is a minor) / Signature du parent ou tuteur (si l'enfant est mineur) — Date (mm/dd/yyyy) / Date (mm-jj-aaaa)

This form and any additional documentation are to be sent to: medtravappeal@gov.nt.ca or fax: (867) 873-0266
Le présent formulaire et tout autre document doivent être soumis par courriel à medtravappeal@gov.nt.ca ou par télécopieur au 867-873-0266.