



## MEDICAL TRAVEL APPEAL REQUESTS

The purpose of the Medical Travel – *Appeals Ministerial Policy* provides residents with the right to appeal a decision made under the Government of Northwest Territories' *Medical Travel Policy*.

Appeal Requests must be submitted within 60 days of decisions made under the NWT Medical Travel Program. The completed Appeal Request Form can be sent, either by fax or email to:

Director of Medical Insurance

Email: [medtravappeal@gov.nt.ca](mailto:medtravappeal@gov.nt.ca)

Fax: (867) 873-0266

**To be considered, Appeal Requests must meet all the following criteria:**

- Have a valid NWT Health Care Card
- Eligible for Medical Travel Benefits under the Medical Travel Policy
- Have a valid Medical Referral from an NWT Health Care Provider to Nearest Centre
- **Provide information on the specific reason for appealing a decision.**

The Appeal Request will be reviewed within 5 business days from when it is received to make sure enough information has been provided.

If the Appeal Request requires more information, the person making the Appeal Request or a relevant Health Care Provider will be contacted for additional information before a decision is made.

**For residents who have medical travel benefits under an employee benefit plan, such as the GNWT's employee benefits or other employer benefits plans, please contact your benefit administrator.**

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'APPEL LIÉE AUX DÉPLACEMENTS POUR RAISONS MÉDICALES

L'objectif de la *Politique ministérielle sur les appels* relatifs aux déplacements pour raisons médicales est de donner à la population le droit de faire appel d'une décision prise en vertu de la Politique sur les déplacements pour raisons médicales du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.

Les demandes d'appel doivent être présentées dans les 60 jours qui suivent la prise de la décision en vertu du Programme des déplacements pour raisons médicales des TNO. Le formulaire de demande d'appel dûment rempli doit être envoyé par télécopieur ou par courriel aux coordonnées suivantes :

Directeur de l'assurance-maladie

Courriel : [medtravappeal@gov.nt.ca](mailto:medtravappeal@gov.nt.ca)

Télécopieur : 867-873-0266

**Pour qu'une demande d'appel soit prise en compte, le ou la patient(e) doit répondre à tous les critères suivants :**

- Être titulaire d'une carte valide d'assurance-maladie des TNO.
- Être admissible aux indemnités de déplacement pour raisons médicales conformément à la Politique sur les déplacements pour raisons médicales.
- Détenir une recommandation médicale valide vers le centre médical le plus proche provenant d'un professionnel de la santé des TNO.
- **Fournir des renseignements sur les motifs précis de l'appel.**

La demande d'appel sera examinée dans les cinq jours ouvrables suivant sa réception afin de s'assurer qu'elle contient les renseignements nécessaires.

Si des renseignements supplémentaires sont nécessaires pour traiter la demande d'appel, on communiquera avec la personne présentant la demande d'appel ou avec un professionnel de la santé concerné pour obtenir de plus amples renseignements avant de rendre une décision.

**Les personnes qui bénéficient de la prestation de déplacements pour raisons médicales en vertu d'un régime d'avantages sociaux, comme le régime d'avantages sociaux du GTNO ou le régime d'un autre employeur, doivent communiquer avec leur administrateur des prestations.**

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

#### 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 Ministerial Policy are you appealing (please tick box):

En vertu de quelle politique ministérielle présentez-vous votre demande d'appel? (Cochez la case appropriée.)

☐ Eligibility Criteria  
Critères d'admissibilité

☐ Benefits  
Prestations

☐ Escort Criteria  
Critères d'admissibilité des personnes accompagnatrices

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) :

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) :
Employer: Employeur :	Phone No.: N° de téléphone :	Email Address: Courriel :

Please describe your reason for making this appeal.	Veuillez décrire le motif de votre demande d'appel.
---	---

Reason for Appeal Request / Motifs de la demande d'appel	

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 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.
---	---

<p>The personal health information on this form is being collected in accordance with the <i>Health Information Act</i> (HIA) and will be used to determine eligibility for an exception under the Medical Travel 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.</p> <p>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 <a href="mailto:medtravappeal@gov.nt.ca">medtravappeal@gov.nt.ca</a>.</p>	<p>Les renseignements médicaux personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis en vertu de la <i>Loi sur les renseignements sur la santé</i> et serviront à déterminer l'admissibilité à une exception à la Politique sur les déplacements pour raisons médicales. Ils sont protégés en vertu des dispositions sur la vie privée de la <i>Loi sur les renseignements sur la santé</i>, et ils ne seront ni utilisés ni divulgués sauf autorisation ou obligation en vertu de cette loi ou de toute autre loi.</p> <p>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 <a href="mailto:medtravappeal@gov.nt.ca">medtravappeal@gov.nt.ca</a>.</p>
---	--

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.

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="width: 60%;"> <p>X</p> <p>_____ Patient Signature / Signature du ou de la patient(e)</p> </div> <div style="width: 35%;"> <p>_____ Date (mm/dd/yyyy) / Date (mm-jj-aaaa)</p> </div> </div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="width: 60%;"> <p>X</p> <p>_____ Parent/Guardian (if Patient is a minor) / Signature du parent ou tuteur (si l'enfant est mineur)</p> </div> <div style="width: 35%;"> <p>_____ Date (mm/dd/yyyy) / Date (mm-jj-aaaa)</p> </div> </div>	

This form and any additional documentation are to be sent to: [medtravappeal@gov.nt.ca](mailto: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](mailto:medtravappeal@gov.nt.ca) ou par télécopieur au 867-873-0266.