



EXTENDED HEALTH BENEFITS APPEAL REQUESTS

Use this form to appeal a decision about a benefit under Extended Health Benefits.

If you are appealing a decision about a medical travel request, please complete the [Medical Travel Appeal Request Form](#).

Individuals who have benefits under another plan such as an Employer sponsored plan or private insurance must contact that plan's administrator.

Submit your appeal within **60 days** of receiving the decision you want reviewed.

Email the completed form to ehbappeals@gov.nt.ca, or fax them to **1-867-777-3197**.

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.

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 30 business days.

DEMANDE D'APPEL CONCERNANT LE RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Remplissez ce formulaire pour faire appel d'une décision concernant une prestation en vertu du régime d'assurance-maladie complémentaire.

Si vous faites appel d'une décision concernant une demande de déplacement pour raisons médicales, veuillez remplir le [formulaire de demande d'appel lié aux déplacements pour raisons médicales](#).

Si vous recevez des prestations dans le cadre d'un autre régime, comme un régime financé par un employeur ou une assurance privée, communiquez directement avec l'administrateur de ce régime.

Vous devez présenter votre demande d'appel dans les **60 jours** suivant la réception de la décision que vous souhaitez faire réexaminer.

Envoyez votre formulaire rempli par courriel à l'adresse ehbappeals@gov.nt.ca ou par télécopieur au **1-867-777-3197**.

Si la demande d'appel ne contient pas tous les renseignements nécessaires, on communiquera avec le demandeur ou le professionnel de la santé concerné pour obtenir davantage de renseignements avant qu'une décision ne soit rendue.

Et ensuite?

Nous examinerons votre demande d'appel dans les **cinq jours ouvrables** suivants 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 les 30 jours ouvrables.

Appeal Request Form / Formulaire de demande d'appel

1. Patient Information / Renseignements sur le patient

Patient Name:

Nom du patient :

Patient NWT Health Care Card no.:

N° de carte d'assurance-maladie des TNO :

Date of Birth: (MM-DD-YYYY)

Date de naissance : (JJ-MM-AAAA)

Home Community:

Collectivité d'origine :

Phone No.:

N° de telephone:

Email Address:

Courriel :

Benefit type you are appealing the decision on (please tick box):

Pour quel type de prestations faites-vous appel? (Veuillez cocher la case appropriée) :

☐

Drug Benefits

Prestations pharmaceutiques

☐

Dental Benefits

Prestation de soins dentaires

☐

Medical Supplies and Equipment Benefits

Prestations de fournitures et d'équipements médicaux

☐

Vision Care Benefits

Prestations de soins de la vue

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, 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, 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 exception under the Extended Health Benefits 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, please contact ehbappeals@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 l'admissibilité à une exception au titre de la Politique sur le régime d'assurance-maladie complémentaire. 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, ou écrire à ehbappeals@gov.nt.ca.

Consent

I consent to the Director of Health Services Administration and/or 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.

Consentement

J'autorise le directeur de l'administration des services de santé ou le directeur de l'assurance-maladie, ou leur délégué, à communiquer avec les professionnels de la santé concernés ou toute autre personne appropriée pour obtenir des renseignements liés à la présente demande d'appel.

X

Patient Signature / Signature du patient

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: ehbappeals@gov.nt.ca or fax: 867-777-3197

Le présent formulaire et toute autre documentation doivent être soumis par courriel à l'adresse ehbappeals@gov.nt.ca ou par télécopieur au 867-777-3197