



**Extended Health Benefits Policy
APPEAL REQUEST FORM**

Appeal Requests must be submitted within 60 days of decisions made under the Extended Health Benefits Policy. The completed Appeal Request Form can be sent by email to:

Director of Health Services Administration
Email: ehbappeals@gov.nt.ca

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 does not require more information, the person making the request will be advised of the decision in writing:

- Within 10 business days from the date the appeal Request Form was received, if the decision is required for upcoming medical travel; or
- Within 30 business days from the date the Appeal Request Form was received.

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.

**Politique relative au régime d'assurance-maladie
complémentaire**

FORMULAIRE DE DEMANDE D'APPEL

Les demandes d'appel doivent être présentées dans les 60 jours après les décisions prises en vertu de la Politique relative au régime d'assurance-maladie complémentaire. Le formulaire de demande d'appel dûment rempli doit être envoyé par courriel au directeur de l'administration des services de santé à l'adresse suivante : ehbappeals@gov.nt.ca.

Pour s'assurer que la demande contient les renseignements nécessaires, elle sera examinée dans les cinq jours ouvrables suivant sa réception.

Si la demande d'appel contient les renseignements nécessaires, le demandeur sera informé de la décision par écrit :

- dans les dix jours ouvrables suivant la réception du formulaire de demande d'appel lorsqu'une décision doit être rendue concernant des déplacements pour raisons médicales à venir;
- dans les trente jours ouvrables suivant la réception du formulaire de demande d'appel.

Si la demande d'appel ne contient pas tous les renseignements nécessaires, il faudra communiquer avec le demandeur ou le professionnel de la santé visé pour obtenir davantage de renseignements avant que la décision ne soit rendue.

1. Name: Nom :		2. Date of Birth: (MM-DD-YYYY) Date de naissance : (JJ-MM-AAAA)	
3. Contact Information: Coordonnées :			
4. Medical Appointment Date if Applicable: (MM-DD-YYYY) Date du rendez-vous médical (si nécessaire) : MM-JJ-AAAA		5. GNWT EHB Alberta Blue Cross Number: Numéro du régime d'assurance-maladie complémentaire du GTNO à la Croix Bleue de l'Alberta :	
6. What benefit or schedule area are you appealing (please tick box): Pour quel régime ou quelle annexe interjetez-vous appel? (Veuillez cocher la case appropriée) :			
<input type="checkbox"/> Schedule 1 – Specified Disease Conditions Annexe 1 – Pour certaines maladies spécifiques	<input type="checkbox"/> Schedule 2 – Drug Benefits Annexe 2 – Assurance médicaments	<input type="checkbox"/> Schedule 3 – Medical Travel Benefits Annexe 3 – Déplacements pour raisons médicales	
<input type="checkbox"/> Schedule 4 – Medical Supplies, Appliances and Prosthetics Benefits Annexe 4 – Fournitures médicales, appareils et prothèses	<input type="checkbox"/> Schedule 5 – Eyewear Benefits Annexe 5 – Lunetterie	<input type="checkbox"/> Schedule 6 – Dental Benefits Annexe 6 – Soins dentaires	
7. Please describe your reason for making this Appeal Request: <i>Attach additional pages if necessary and any documentation (letters from health care provider) to support your appeal.</i> Veuillez décrire la raison de votre demande d'appel : <i>Veuillez joindre des pages additionnelles au besoin et la documentation pertinente (lettres de professionnels de la santé) à l'appui de votre demande d'appel.</i>			
8. I consent to the Director of Health Services Administration, or designate, contacting my health care provider, or other persons as appropriate to obtain information related to the benefit decision which is the subject of this appeal. J'autorise le directeur de l'administration des services de santé ou son représentant à communiquer avec mon fournisseur de soins de santé, ou toute autre personne si nécessaire, pour obtenir des renseignements sur la décision qui fait l'objet d'un appel.		<p style="text-align: center;">X</p> <p>Signature</p> <hr/> <p>Date</p>	

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.