



NWT Medical Travel Program APPEAL REQUEST FORM

For individuals 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.

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
Fax: (867) 873-0266
Email: medtravappeal@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 medical travel has already happened.

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.

Programme de déplacements pour raisons médicales des TNO FORMULAIRE DE DEMANDE D'APPEL

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 l'administrateur des prestations.

Les demandes d'appel doivent être présentées dans les 60 jours qui suivent les décisions prises en vertu du programme de 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
Télec. : 867-873-0266
Courriel : medtravappeal@gov.nt.ca

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

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

- dans les dix (10) 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 (30) jours ouvrables suivant la réception du formulaire de demande d'appel lorsque ces déplacements ont déjà eu lieu.

Si la demande d'appel ne contient pas tous les renseignements nécessaires, le demandeur ou un professionnel de la santé approprié sera contacté 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. Community of Residence: Collectivité de résidence : | | | | |
| 4. Contact Information: Coordonnées : | | | | |
| 5. Medical Appointment Date: (MM-DD-YYYY) Date du rendez-vous médical : (JJ-MM-AAAA) | 6. Employer: Employeur : | | | |
| 7. What Ministerial Policy are you appealing (please tick box): En vertu de quelle politique ministérielle présentez-vous votre demande d'appel (cochez la case) : | | | | |
| <input type="checkbox"/> Eligibility Criteria Critères d'admissibilité | | <input type="checkbox"/> Benefits Prestations | <input type="checkbox"/> Escort Criteria Critères d'admissibilité des accompagnateurs | <input type="checkbox"/> Exceptions Exceptions |
| 8. 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> | | | | |
| 9. I consent to the Director of Medical Insurance, or designate, contacting my health care provider, medical advisor or other persons as appropriate to obtain information related to the Medical Travel decision which is the subject of this appeal. Je consens à ce que le directeur de l'assurance-maladie ou une personne désignée communique avec mon professionnel de la santé, mon conseiller médical ou d'autres personnes, le cas échéant, pour obtenir de l'information en lien avec la décision rendue concernant des déplacements pour raisons médicales qui a donné lieu au présent appel. | | <input checked="" type="checkbox"/> Signature | _____ Date | |