



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
Politique sur les voyages pour des raisons médicales – Annexe C

Ministère de la santé
Formulaire de demande d'appel

Renseignements fournis par le bénéficiaire, le tuteur ou l'accompagnateur de bénéficiaire à qui une prestation de voyage a été refusée ou qui sollicite des avantages spéciaux :

Nom du bénéficiaire : _____ Date de naissance : _____
Numéro du professionnel de la santé : _____ Collectivité et numéro de téléphone : _____
Date de la demande : _____ Date(s) de rendez-vous : _____
Date de réservation du rendez-vous : _____
Raison du refus : _____

Nom de la personne ou du bureau qui a rejeté la demande, si connu :

Cet appel doit préciser la raison ou la condition pour laquelle la prestation a été demandée.

Le présent appel vise à informer le ministère de la Santé de mon intention de faire appel d'une décision concernant les prestations liées à un voyage pour bénéficier d'un service de santé. Je fais appel de la décision pour les raisons suivantes :

Joindre des pages supplémentaires au besoin.

Signature du bénéficiaire, du tuteur ou de l'accompagnateur de bénéficiaire.

Numéro de contact

Envoyez les demandes d'appel remplies par courriel à l'adresse : medicaltravelappeals@gov.nu.ca

À remplir par l'examineur des appels relatifs aux voyages pour des raisons médicales :

Motifs de la décision :

Approuvé Rejeté

Signature

Date

Au cas où cet appel est rejeté, un autre appel peut être transmis au sous-ministre de la Santé.