



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 un avantage de voyage a été refusé 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 l'état pour lequel les avantages liés aux frais de voyage pour des raisons médicales sont demandés.**

**Le présent appel vise à informer le ministère de la Santé de mon intention de faire appel d'une décision concernant les avantages liés 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](mailto: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.**