



Conseil manitobain d'appel en matière de santé

500, avenue Portage, bureau 102, Winnipeg (Manitoba) R3C 3X1

Tél. : 204 945-5408 Sans frais : 1 866 744-3257 Téléc. : 204 948-2024

Site Web : <https://www.gov.mb.ca/health/appealboard/index.fr.html>

AVIS D'APPEL (APPELS CONCERNANT DES FRAIS ADMISSIBLES OU DES FRAIS DE RÉSIDENCE)

RENSEIGNEMENTS SUR L'APPELANT :

Nom : _____ Date de naissance : _____
Nom de famille Prénom

N° d'identification personnel (NIP) : _____ État matrimonial : _____

Nom de l'établissement : _____

Représentant de l'établissement : _____ Titre : _____

Adresse de l'établissement : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Représentant de l'appelant : _____ Téléphone : _____

Adresse du représentant : _____

Code postal : _____ Courriel : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LES FRAIS DE RÉSIDENCE OU LES FRAIS AUTORISÉS (TARIF QUOTIDIEN) :

Tarif imposé pour l'établissement

Depuis le _____, le montant de mes frais autorisés ou de mon tarif
quotidien est fixé à : _____ \$ par jour.
Jour/Mois/Année

Disposition ou décision révisée de Santé Manitoba :

N° de révision : _____

Le _____, j'ai reçu un avis indiquant qu'après révision, Santé
Manitoba a évalué le montant de mes frais autorisés ou de mon tarif quotidien à _____ \$ par
jour.
Jour/Mois/Année

VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DE LA DÉCISION RÉVISÉE DE SANTÉ MANITOBA.

SACHEZ qu'en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie et de ses règlements, je donne par la présente avis de mon appel interjeté auprès du Conseil manitobain d'appel en matière de santé contre le résultat susmentionné de la révision effectuée par Santé Manitoba, et ce pour les motifs suivants (raisons de l'appel) :

(Si vous manquez de place, écrivez au dos de la page ou annexe une autre page.)

_____ Date

_____ Appelant*

***VEUILLEZ NOTER CE QUI SUIT :**

Si cette formule n'est pas signée par l'appelant, la personne qui signe au nom de l'appelant doit fournir une copie du document lui conférant le droit de signer (par exemple, un ordre de nomination du curateur, une procuration donnant suffisamment de pouvoir à la personne pour agir dans ces circonstances ou une autorisation d'agir à titre de représentant).

DEMANDE DE PROLONGATION DU DÉLAI D'APPEL

En vertu du paragraphe 10(2) de la Loi sur l'assurance-maladie, un appel doit être interjeté par un avis d'appel posté ou remis au Conseil manitobain d'appel en matière de santé au plus tard 30 jours après la date à laquelle le client ou son représentant a reçu avis du résultat de la révision effectuée par Santé et Vie saine Manitoba, ou dans le délai supplémentaire accordé par le Conseil. Si le délai de 30 jours pour le dépôt de l'avis d'appel n'a pas été respecté, vous pouvez demander au Conseil d'examiner la possibilité de vous accorder une prolongation de ce délai. Vous devez pour ce faire expliquer par écrit et en détail les raisons du retard du dépôt de l'avis d'appel. Indiquez les raisons ci-dessous ou sur une page annexée si vous manquez de place.
