



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 **Télééc.** : 204 948-2024

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

## AVIS D'APPEL (POUR LES DÉCISIONS CONCERNANT LES SERVICES ASSURÉS)

### RENSEIGNEMENTS SUR L'APPELANT :

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom

Adresse : \_\_\_\_\_  
Numéro et nom de rue Ville Code postal

Téléphone/télécopieur : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
Domicile/Cellulaire/Travail/Télécopieur

Pronoms préférés (facultatif) : \_\_\_\_\_

N° d'identification personnel (NIP) : \_\_\_\_\_  
(numéro à 9 chiffres)

### REPRÉSENTANT DE L'APPELANT EN APPEL :

Je me représenterai moi-même en appel.

Je serai représenté par un avocat :

\_\_\_\_\_

Nom

Adresse

Code postal

Je serai représenté par une autre personne\* : \_\_\_\_\_  
Nom de la personne et relation avec l'appelant

\_\_\_\_\_

Adresse

Ville

Code postal

\_\_\_\_\_

N° de téléphone

\_\_\_\_\_

Courriel

**\*Remarque** : Consultez les renseignements indiqués à la fin de la page 2, portant sur le représentant de l'appelant.

### QUESTIONS EN LITIGE DANS L'APPEL :

**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, au sujet de la décision suivante prise par la Division des assurances de Santé Manitoba :

- Inscription  Indemnisation pour services hors-province  Demandes de remboursement  
 Services non assurés

Décision en appel : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DE LA DÉCISION ÉCRITE DE SANTÉ MANITOBA AVEC LE PRÉSENT AVIS D'APPEL.**

**MOTIFS (RAISON DE L'APPEL) :**


---



---



---



---



---

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

---

Date

---

Appelant\*

**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 a reçu avis de la décision faisant l'objet de l'appel, 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.

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**\*VEUILLEZ NOTER CE QUI SUIT :**

**Si cette formule n'est pas signée par l'appelant ou le parent ou le tuteur légal dans le cas d'un mineur, 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 ou du subrogé, une procuration donnant suffisamment de pouvoir à la personne pour agir dans ces circonstances, ou une autorisation d'agir à titre de représentant, que l'on peut obtenir auprès du bureau de la Commission ou sur son site Web)(consultez les renseignements indiqués en haut de la page un).**