

Formulaire à remplir pour demander le réexamen d'une décision prise par les Services de santé assurés au sujet d'une couverture au titre d'un programme de services de santé.

Les demandes doivent être déposées dans les **20 jours ouvrables** suivant la date où la couverture a été rejetée. Les décisions à l'issue du réexamen sont sans appel. Les décisions découlant d'un réexamen ne peuvent être réexaminées.

Programmes de santé

Sélectionnez le programme visé par votre demande :

- ☐ Programme d'aide pour les personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'une incapacité
- ☐ Régime d'assurance-santé complémentaire (fournitures médicales et équipement pour les personnes âgées)
- ☐ Régime d'assurance-médicaments (médicaments sur ordonnance pour personnes âgées)
- ☐ Régime d'assurance-médicaments national au Yukon

Renseignements sur la personne qui fait la demande

Prénom		Nom de famille		
Date de naissance AAAA-MM-JJ	Numéro du Régime d'assurance-santé du Yukon			
Numéro de téléphone	Adresse courriel			
Adresse postale				
N° d'appartement (facultatif)	Numéro et rue	Ville	Province ou territoire	Code postal

Renseignements sur le médecin (réexamen d'une autorisation spéciale de couverture seulement)

Prénom		Nom de famille		
Numéro de téléphone	Adresse courriel			

Sélectionnez l'objet du réexamen demandé

- ☐ Admissibilité au programme
- ☐ Remboursement d'un produit acheté à l'extérieur du Yukon
- ☐ Autorisation spéciale de couverture (la demande doit être déposée par le ou la médecin de la personne)

Sélectionnez le motif de la demande (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- ☐ J'estime que les renseignements fournis dans la demande initiale de couverture n'ont pas tous été pris en compte.
- ☐ J'estime que les lois ou politiques applicables ont été mal interprétées.
- ☐ J'estime qu'il y a eu une erreur de procédure ou de communication au cours de l'examen de la demande initiale.
- ☐ Je détiens de nouveaux renseignements qui pourraient influencer la décision prise à l'égard de la demande de couverture initiale.

Motif de la demande de réexamen

Joignez les résultats d'examens, les antécédents de prise de médicaments ou les recommandations de spécialistes en lien avec cette demande.

Signature de la personne qui fait la demande

AAAA - MM - JJ

Date

Envoyez le formulaire dûment rempli aux Services de santé assurés :

Par télécopieur : 867-393-6486

Par la poste : Services de santé assurés
(H-2) C.P. 2703
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

En personne : 204, rue Lambert, 4^e étage
Whitehorse (Yukon)

Par transfert sécurisé de fichiers : Demandez un lien de transfert sécurisé de fichiers à yukon.healthcare@yukon.ca.

Note : N'envoyez pas le formulaire par courriel non sécurisé.

Avez-vous des questions?

Contactez-nous par l'une des méthodes ci-dessus ou composez le 867-393-5209 ou le 1-800-661-0408 (sans frais), poste 5209.