FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR LES ATTELLES FAITES SUR MESURE

C. P. 1623 Windsor (Ontario) N9A 7B3
À l'attention du : SSC

SERVICE À LA CLIENTÈLE
1-888-711-1119 ou (519) 739-1133
Fax (519) 739-0046
Courriel : medical.authorization@greenshield.ca

Au Patient : Les détails requis ci-dessous sont obligatoires pour que Assurance Green Shield Canada puisse déterminer sa responsabilité quant à cette demande. Pour obtenir l'approbation préalable, veuillez envoyer ce formulaire à l'adresse indiquée. Une réponse par lettre décrivant notre responsabilité sera promptement envoyée au patient. Notre décision ne veut pas interférer ou refléter le traitement recommandé par votre médecin. Le fait de ne pas demander une approbation préalable pourrait entraîner le refus de payer votre demande de règlement.

SECTION I - DOIT ÊTRE REMPLIE AU COMPLET PAR LE PATIENT/TUTEUR

Nom du patient _____ **Date de naissance** _____ /_____ /_____
AA MM JJ

Adresse _____ **Nº d'identification du membre du régime** _____

_____ **Nº de téléphone** _____

_____ **Adresse de courriel** _____

Bénéficiez-vous d'une autre couverture d'assurance collective qui peut comprendre ces services comme prestation ? Oui ☐ Non ☐

Si l'autre couverture est Assurance Green Shield Canada, indiquez le numéro d'identification du membre du régime : _____

SECTION II - DOIT ÊTRE REMPLIE AU COMPLET PAR LE MÉDECIN

1) Je, en tant que médecin traitant, prescris les attelles (appareils orthopédiques) faites sur mesure suivantes pour le patient précitré.
(Veuillez inclure les spécifications lorsque disponible).
   (A) Genre d'appareil (d'attelles) : _____
   (B) Gauche _____ Droit _____ Bilatéral _____
   (C) Coût estimatif _____
   (D) Pour orthèse d'exosquelette motorisée de membres parallèles :
   Le patient peut-il initier des mouvements et fonctionner de manière indépendante? Oui ☐ Non ☐
   Si oui, veuillez indiquer les limites de mobilité du patient : _____
   Note: ***doit être monté et dispensés par un orthésiste s'il est approuvé***
2) Condition médicale du patient : Soins actifs _____ Soins chroniques _____
3) Durée de besoin : Semaine(s) _____ Mois _____ Année(s) _____ À vie _____
4) Diagnostic **(Veuillez spécifier) :** _____
5) Traitements antérieurs : Physio **(# de traitements)** _____ Chirurgie _____ Médicaments _____ Radiographies _____
6) Veuillez spécifier la raison médicale pourquoi une attele faite sur mesure est nécessaire au lieu d'une attelle standard : _____
7) Le patient a-t-il vu l'attelle et les coûts lui ont-il été fournis? Oui ☐ Non ☐
8) L'attelle prescrite est-elle un remplacement? Oui ☐ Non ☐
   Si oui, spécifier la raison _____
9) Une demande de remboursement a-t-elle été faite auprès du gouvernement? Oui ☐ Non ☐ Sans objet ☐
   Si non, indiquer la raison _____
10) Est-ce que cet appareil ou équipement médical est requis :
   Suite à une blessure subie au travail? Oui ☐ Non ☐
   Suite à un accident de véhicule automobile? Oui ☐ Non ☐
   Pour des sports seulement? Oui ☐ Non ☐

_____ _____
Signature du médecin Date

_____ _____
Nom du médecin (écrire en lettres majuscules) Numéro de téléphone du médecin

Je suis autorisé(e), par mon(ma) conjoint(e) ou les personnes à ma charge, à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet pour utilisation à cette fin. Il est entendu que ces renseignements peuvent être consultés par le titulaire de la carte.

En signant cette demande de règlement ou en soumettant des reçus, j'atteste que les renseignements fournis sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements que je fournis à Assurance Green Shield Canada à mon sujet et au sujet des personnes à ma charge seront utilisés par Assurance Green Shield Canada pour évaluer ma demande de règlement et pour fournir tous les autres services nécessaires à l'administration des garanties, ce qui peut comprendre l'échange de renseignements avec d'autres parties aux fins d'administration de la présente demande de règlement.

J'autorise en outre Assurance Green Shield Canada à obtenir des renseignements d'autres parties, comme les professionnels de la santé ou les assureurs, et à leur en transmettre, afin de vérifier l'exactitude de la ou des demandes de règlement soumises. Advenant des activités frauduleuses présumées relativement aux demandes de règlement soumises en mon nom ou au nom de mes personnes à charge, j'accepte que ces renseignements soient transmis aux parties intéressées, comme le promoteur de régime, les organismes de règlementation ou les organismes d'application de la loi.

VOUS DEVEZ NOUS SOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE RÈGLEMENT DANS LES 12 MOIS SUIVANT LA DATE DE SERVICE (À MOINS D'INDICATION CONTRAIRE DANS VOTRE DOCUMENTATION DU RÉGIME DE PRESTATIONS).

LE PATIENT/MEMBRE DU RÉGIME ASSUMERA LES COÛTS ENGAGÉS À OBTENIR CES RENSEIGNEMENTS, S'IL Y A LIEU.