

FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR LES APPAREILS PROTHÉTIQUES ET L'ÉQUIPEMENT MÉDICAL

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 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 _____ Numéro d'identification Green Shield Canada _____
 _____ Numéro 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 Green Shield Canada, indiquez le Numéro d'identification Green Shield Canada _____

SECTION II - DOIT ÊTRE REMPLIE AU COMPLET PAR LE MÉDECIN

1) Je, le médecin traitant, prescris par la présente l'appareil (les appareils) prothétique(s) et/ou l'équipement médical suivant(s) pour le patient susmentionné.

(Veuillez indiquer les détails précis si disponibles.)

(A) _____	Coût estimé (A) _____
(B) _____	(requis) (B) _____
(C) _____	(C) _____
(D) _____	(D) _____
(E) _____	(E) _____

2) Condition du patient : Soins actifs _____ Affections chroniques _____ Soins palliatifs _____

3) Durée du besoin : semaines _____ mois _____ année(s) _____ à vie _____

4) Diagnostic (Veuillez préciser) : _____

5) Pour appareils PAP seulement : Veuillez indiquer l'index apnées hypopnées (IAH) : _____

6) Pour les lits d'hôpital seulement: veuillez indiquer le nombre d'heures ou le pourcentage de temps au lit : _____

7) Pour la Viscosupplémentation seulement. Indiquer le genou droit ou gauche. Droit Gauche

8) Veuillez indiquer la raison pour laquelle un article ordinaire n'est pas suffisant et qu'un article fait sur mesure est nécessaire : _____

9) L'article prescrit est-il un remplacement ? Oui Non

Si oui, indiquez la raison _____

10) Une demande a-t-elle été faite pour financement gouvernemental ? Oui Non Ne s'applique pas

Si, non, indiquez la raison _____

11) Les articles / équipement médical précités sont-ils requis :

À la suite d'une blessure liée au travail ? Oui Non

À la suite d'un accident de véhicule automobile ? Oui Non

Pour les sports seulement ? Oui Non

Signature du médecin _____ Date _____

Nom du médecin (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 Green Shield Canada à mon sujet et au sujet des personnes à ma charge seront utilisés par pour évaluema 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 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 réglementation 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.