



FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES D'OXYGÈNE

Au patient: Les détails requis ci-dessous sont obligatoires afin que Green Shield puisse déterminer sa responsabilité à l'égard de cette demande pour l'équipement/les fournitures d'oxygène. Pour obtenir une approbation préalable, veuillez envoyer cette demande à l'adresse précitée. Le fait de ne pas soumettre cette autorisation pour une approbation préalable pourrait entraîner le refus de payer votre demande de règlement.

SECTION 1 - INFORMATION DU MEMBRE DU RÉGIME

NUMÉRO ID GREEN SHIELD CANADA		ADRESSE ÉLECTRONIQUE	
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	
ADRESSE		DATE DE NAISSANCE	ÂGE _____
VILLE		PROVINCE	CODE POSTAL

Êtes-vous couvert(e) par une autre assurance collective qui pourrait inclure ces prestations ? Oui Non

Si oui, veuillez fournir le nom de la compagnie d'assurance _____

Si l'autre couverture est souscrite auprès de Green Shield Canada, indiquez le numéro d'identification Green Shield Canada : _____

SECTION 2 - DOIT ÊTRE REMPLIE AU COMPLET PAR LE MÉDECIN

VEUILLEZ JOINDRE À CETTE DEMANDE LES COPIES D'ANALYSE DES GAS SANGUINS ARTÉRIELS ET(OU) LECTURES D'OXYMÉTRIE.

1. Cette demande d'adhésion est :

un renouvellement

initiale Si une demande initiale, quelle est la date d'entrée en vigueur? _____

2. Diagnostic (veuillez préciser) : _____

3. La demande a-t-elle été soumise au ministère de la Santé pour financement ? Oui Non

Si non, quelle est la raison ? _____

(Si la demande a été soumise et que le financement a été refusé, veuillez joindre la lettre de refus.)

4. Mode d'approvisionnement :

concentrateur (y compris les cylindres portables et de recharge)

cylindre (oxygène comprimé pour position fixe et/ou mobile)

5. Nom du fournisseur d'oxygène (si possible) _____

6. L'oxygène est-il requis : par suite d'un accident du travail? Oui Non

par suite d'un accident de voiture? Oui Non à des fins sportives seulement? Oui Non

VEUILLEZ JOINDRE À CETTE DEMANDE LES COPIES D'ANALYSE DES GAS SANGUINS ARTÉRIELS ET(OU) LECTURES D'OXYMÉTRIE.

() M.G. () Spécialiste

Signature du médecin

Date

Nom du médecin (écrire en lettres majuscules)

N° 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 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 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 soumissionnées. Advenant des activités frauduleuses présumées relativement aux demandes de règlement soumissionnées 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.

TOUTES LES DEMANDES DE RÉGLEMENT DOIVENT ÊTRE REÇUES DANS LES 12 MOIS DE LA DATE DE SERVICE (à moins d'indication contraire dans la documentation de votre régime de prestations).

LE PATIENT/ MEMBRE DU RÉGIME ASSUMERA LES COÛTS ENGAGÉS POUR L'OBTENTION DE CES RENSEIGNEMENTS, S'IL Y A LIEU.

Une fois le formulaire dûment rempli, veuillez le retourner ainsi que toute autre information à :

Green Shield Canada
a/s de : Service des SSC
C. P. 1623

Windsor (Ontario) N9A 7B3

Les formulaires dûment remplis peuvent aussi être envoyés par télécopieur au 1 519 739-0046 ou par courriel à medical.authorization@greenshield.ca