

**FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR LES SOINS À DOMICILE D'UN(E)
INFIRMIER(ÈRE) AUTORISÉ(E) (I.A.), D'UN(E) INFIRMIER(ÈRE)
AUXILIAIRE AUTORISÉ(E) (I.A.A.) OU
D'UN(E) TRAVAILLEUR(SE) DE SOUTIEN PERSONNEL (T.S.P.)
PRÉPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRE (P.A.B.)**

C.P. 1699, Windsor (Ontario) N9A 7G6
À l'attention : Soins infirmiers à domicile /SSC
SERVICE À LA CLIENTÈLE
1-888-711-1119 ou (519) 739-1133 ext 6813
Fax (519) 739-0046
NursingPhysio.Adjudication@greenshield.ca

Au patient : les détails requis ci-dessous sont obligatoires pour que Green Shield puisse déterminer sa responsabilité quant à cette demande. Pour obtenir l'approbation préalable, veuillez envoyer ce formulaire à l'adresse indiquée ci-dessous. Une réponse par lettre décrivant notre responsabilité sera rapidement envoyée au patient. Notre décision n'a pas pour objet d'interférer avec le traitement recommandé par votre médecin ni d'en tenir compte. 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 OU LE TUTEUR

Nom du patient _____ Date de naissance ____ / ____ / ____ Âge ____

Adresse _____ N° Green Shield _____

Numéro de téléphone _____ Adresse de courriel _____

Personne-ressource _____ Numéro de téléphone _____

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

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

Si l'autre compagnie est Green Shield, veuillez indiquer le numéro d'identification de Green Shield _____

Ces services sont-ils requis suite à une blessure liée au travail ? Oui _____ Non _____ Date de blessure _____

Ces services sont-ils requis suite à un accident de véhicule automobile ? Oui _____ Non _____ Date de l'accident _____

SECTION II - DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN TRAITANT/INFIRMIER(ÈRE) PRATICIEN(NE)

1) Je, à titre de médecin/infirmier(ère) praticien(ne)traitant, autorise par la présente les services d'un(e) infirmier(ère) autorisé(e) (I.A.) _____, d'un(e) infirmier(ère) auxiliaire autorisé(e) (I.A.A.) _____, d'un(e) travailleur(se) de soutien personnel (T.S.P.) ou préposé aux bénéficiaire (P.A.B.) _____, pour le patient susmentionné.

2) Diagnostic du patient (veuillez préciser) _____

3) **Les soins spéciaux et le traitement devant être prodigués (indiquer les fonctions devant être effectuées, incluant toutes complications ou circonstances atténuantes, l'équipement spécial qui doit être surveillé, les médicaments devant être administrés et s'ils sont administrés régulièrement ou sur une base de nécessité, par voie orale ou par injection, intramusculaire ou sous-cutanée). VEUILLEZ PRÉCISER.**

4) Date du début des soins : _____.

5) Durée prévue du besoin de ces services _____ semaine(s) _____ mois _____ 1 an

6) Nombre d'heures PAR JOUR pendant lesquelles ces services sont requis : I.A. _____ I.A.A. _____ T.S.P. / P.A.B. _____

7) Nombre de jours par semaine : I.A. _____ I.A.A. _____ T.S.P. / P.A.B. _____

8) Ces services sont-ils requis au domicile du patient ? Oui _____ Non _____

Programmes gouvernementaux

9) Ces services sont-ils requis en plus de ceux fournis en vertu de tous autres programmes financés par le gouvernement (par exemple, Ontario - Soins à domicile) ? Oui _____ Non _____

Si oui, quels services sont fournis. Si non, veuillez préciser la raison. _____

Nombre d'heures par jour _____ Niveau de soins (I.A., I.A.A., T.S.P. / P.A.B.) _____ Nom de l'agence _____

Chargé(e) du cas _____ N° téléphone chargé(e) du cas _____

Signature du médecin/infirmier(ère) praticien(ne)

Date

Nom du médecin/infirmier(ère) praticien(ne) (s'il-vous-plaît imprimer)

Numéro de téléphone du médecin/infirmier(ère) praticien(ne)

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 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.

TOUTES LES DEMANDES DE RÈGLEMENT DOIVENT ÊTRE REÇUES DANS LES 12 MOIS DE 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 POUR L'OBTENTION DE CES RENSEIGNEMENTS, S'IL Y A LIEU.