

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 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** ____/____/____ **Âge** _____
Adresse _____ **N° Green Shield** _____
 _____ **Numéro de téléphone** _____
 _____ **Adresse de courriel :** _____

Avez-vous toute autre protection d'assurance collective qui pourrait inclure ces services comme prestation ? Oui Non
 Si c'est le cas, indiquez le nom de la compagnie d'assurance _____
 Si l'autre protection est offerte par Green Shield, indiquez le numéro d'identification _____

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 les lits d'hôpitaux seulement : Veuillez indiquer le nombre d'heures ou le pourcentage du temps au lit : _____
- 6) Pour la Viscosupplémentation seulement. Indiquer le genou droit ou gauche. Droit Gauche
- 7) Pour les suppléments nutritifs ou alimentaires seulement : Veuillez indiquer s'il s'agira de la seule source d'alimentation du patient. Oui Non
- 8) Pour les neurostimulateurs transcutanés seulement: Veuillez indiquer si le patient reçoit présentement des traitements de chiropractie ou de physiothérapie ou les deux (dans les 6 derniers mois) :
 Chiropractie Physiothérapie Les deux Aucun
- 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 s/o
 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 _____ () M.D. () Spécialiste **Date** _____

Nom due médecin (Écrire en lettres majuscules) _____ **Numéro de téléphone du médecin** _____

En signant ce formulaire de demande de règlement et/ou en envoyant les reçus originaux, je confirme, à ma connaissance, que les renseignements fournis sont complets et exacts. J'autorise Green Shield à échanger les renseignements avec d'autres parties, au besoin, et seulement lorsque ces renseignements sont nécessaires pour administrer cette demande de règlement de prestation et/ou pour confirmer l'exactitude de ces renseignements.

VOUS DEVEZ SOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE RÈGLEMENT À GREEN SHIELD CANADA 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.