

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 \_\_\_\_\_  
N° 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 de Green Shield Canada \_\_\_\_\_

## 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 précité.  
(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 : Oui  Non   
Le patient peut-il initier des mouvements et fonctionner de manière indépendante?

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 attelle 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-ils 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 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.

**VOUS DEVEZ NOUS SOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE RÉGLEMENT 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.**