



C. P. 1623
 Windsor (Ontario) N9A 7B3
 à l'attention du : Service de santé complémentaire
 Centre du service à la clientèle 1-888-711-1119 ou (519) 739-1133
 Fax (519) 739-0046
 Courriel : medical.authorization@greenshield.ca

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 I - DOIT ÊTRE REMPLIE AU COMPLET PAR LE PATIENT/TUTEUR

Nom du patient _____ Date de naissance ____ / ____ / ____ Âge ____
 Adresse _____ N° Green Shield _____
 _____ N° téléphone _____
 _____ Adresse de courriel _____

Bénéficiez-vous d'une autre couverture d'assurance collective qui peut comprendre ces services comme prestation? Oui Non

Si oui, indiquez le nom de l'autre compagnie d'assurance _____

Si l'autre couverture est Green Shield Canada, indiquez le numéro ID Green Shield Canada _____

SECTION II - DOIT ÊTRE REMPLIE AU COMPLET PAR LE MÉDECIN

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) Le patient a subi sans succès d'autres traitements appropriés. Oui Non
 Si oui, veuillez préciser. _____

5) Mode d'approvisionnement :
 () concentrateur (y compris les cylindres portables et de recharge) () cylindre (oxygène comprimé pour position fixe et/ou mobile)

6) Nombre prévu d'heures par période d'utilisation (chaque jour) _____

7) Nom du fournisseur d'oxygène (si possible) _____

8) Je reçois les prestations d'aide sociale suivantes (cochez toutes les mentions applicables) :

- Ontario au travail Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées
 Aide aux enfants handicapés J'habite dans un établissement de soins de longue durée.
 Je reçois des services professionnels par l'entremise d'un Centre d'accès aux soins communautaires

9) Cette personne fume-t-elle? Oui Non
 Si oui, prévoit-elle d'arrêter? _____

10) 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 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 POUR L'OBTENTION DE CES RENSEIGNEMENTS, S'IL Y A LIEU.