FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR CHIRURGIE POST-CATARACTE ET LUNETTES PROTHÉTIQUES

C. P. 1615 Windsor (Ontario) N9A 7J3
À l'attention du : Service des soins de la vue

SERVICE À LA CLIENTÈLE
1-888-711-1119 ou (519) 739-1133

Courriel : medical.authorization@greenshield.ca

Au Patient : Les détails requis ci-dessous sont obligatoires pour que Assurance 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 _____ **Nº d'identification du membre du régime** _____

_____ **Numéro 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 Assurance Green Shield Canada, indiquez le numéro d'identification du membre du régime : _____

SECTION II - DOIT ÊTRE REMPLIE AU COMPLET PAR LE MÉDECIN

Maladie ou affection ophtalmique : _____

_____

_____

Pour les patients souffrant de cataracte, veuillez indiquer la date de chirurgie :

Oeil gauche _____ / _____ / _____ Implant du cristallin? ☐ Oui ☐ Non
AA MM JJ

Oeil droit _____ / _____ / _____ Implant du cristallin? ☐ Oui ☐ Non
AA MM JJ

Les lunettes prothétiques suivantes sont requises (veuillez inclure les détails de l'ordonnance) : _____

_____

_____

_____

_____

_____ _____
Signature du médecin (estampe non acceptée) Date

_____ _____
Nom du médecin (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 Assurance Green Shield Canada à mon sujet et au sujet des personnes à ma charge seront utilisés par pour évaluema 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 Assurance 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 règlementation 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 à obtenir ces renseignements, s'il y a lieu.