

FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR SYSTÈME DE SURVEILLANCE DE LA GLYCÉMIE

C.P. 1623, Windsor (Ontario) N9A 7B3
a/s de SSC

Centre de service à la clientèle
1 888 711-1119 ou 519 739-1133
Téléc. : 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 ____/____/____ Âge ____

Adresse _____

N° d'identification Green Shield Canada

N° de téléphone _____

Adresse de courriel _____

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

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

Si l'autre compagnie est Green Shield Canada, indiquez le numéro d'identification Green Shield Canada

Mon (Ma) conjoint(e) et(ou) mes personnes à charge m'autorise(nt) à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet, qui sont utilisés à ces fins. Je comprends que ces renseignements pourraient être vus par le détenteur de la carte.

En signant ce formulaire de demande de règlement et(ou) en envoyant les reçus originaux, je confirme que les renseignements indiqués sur ce formulaire sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements, que j'ai fournis à Green Shield Canada sur moi-même et mes personnes à charge, seront utilisés par Green Shield Canada pour l'évaluation des demandes de règlement et tous autres services nécessaires dans l'administration de nos prestations, qui pourraient inclure l'échange de renseignements avec d'autres intervenants dans le but d'administrer cette demande de règlement.

De plus, j'autorise Green Shield Canada à obtenir et échanger des renseignements, avec d'autres parties, comme les praticiens en soins de santé ou les assureurs, afin de confirmer l'exactitude des renseignements de la ou des demandes de règlement. En cas d'activité frauduleuse soupçonnée relative à la soumission de demandes de règlement en mon nom et/ou au nom de mon conjoint et(ou) des personnes à ma charge, je reconnais et je suis d'accord de divulguer lesdits renseignements aux parties pertinentes, comme le promoteur de régime et les organismes de réglementation et d'application de la loi.

Date _____

Signature du patient _____

(Pour les patients âgés de 16 ans ou moins, la signature du parent/tuteur est requise.)

SECTION II – DOIT ÊTRE REMPLIE AU COMPLET PAR LE MÉDECIN

1) Le patient a-t-il reçu un diagnostic de diabète insulino-dépendant? Oui Non

2) Le patient utilise-t-il présentement une pompe à insuline? Oui Non

3) Combien de fois par jour le patient effectue-t-il un test de sa glycémie à l'aide d'un glucomètre d'autosurveillance?
_____ fois par jour

Quel type d'insuline le patient utilise-t-il? Veuillez tout énumérer ci-dessous :

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

***Note :** Si vous êtes approuvé pour un système de surveillance de la glycémie, votre remboursement pour des bandelettes de test d'un glucomètre d'autosurveillance sera limité à 600 bandelettes par année.

Signature du médecin _____ () M. G. () Spécialiste Date _____

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) _____

N° de téléphone du médecin _____

VOUS DEVEZ 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 garanties).

LE PATIENT OU MEMBRE DU RÉGIME ASSUMERA LES COÛTS ENGAGÉS POUR L'OBTENTION DE CES RENSEIGNEMENTS, S'IL Y A LIEU.