



RAPPORT DE PROGRESSION DU PATIENT POUR LA POURSUITE DE LA PHYSIOTHÉRAPIE

Au patient: Pour obtenir plus de renseignements, veuillez vous reporter à la lettre sur le maintien de la couverture des services de physiothérapie jointe au présent rapport. Le présent formulaire doit être rempli au complet par vous et votre physiothérapeute aux fins d'examen par notre médecin consultant ou notre consultant en physiothérapie.

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT			RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR		
N° D'IDENTIFICATION GREEN SHIELD CANADA	DATE DE NAISSANCE (AA/MM/JJ) ____/____/____		NUMÉRO DU FOURNISSEUR	N° DE TÉL. DU FOURNISSEUR	
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM		NOM DU FOURNISSEUR		
ADRESSE			ADRESSE		
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
ADRESSE DE COURRIEL			ADRESSE DE COURRIEL		
SECTION 2 - DÉCLARATION OBLIGATOIRE					
Êtes-vous couvert(e) par une autre assurance collective qui pourrait inclure ces prestations? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>					
Si oui, veuillez fournir le nom de la compagnie d'assurance _____					
Si l'autre compagnie est Green Shield Canada, veuillez indiquer le Numéro d'identification Green Shield Canada: _____					
Le patient a-t-il été dirigé vers une clinique de physiothérapie financée par l'Assurance-santé de l'Ontario?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Si oui, le nombre de traitements reçus _____	
Le traitement est-il requis par suite d'un accident de véhicule automobile?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Date de l'accident (AA/MM/JJ) _____	
Le traitement est-il requis par suite d'un accident de travail?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Si oui, date de la blessure (AA/MM/JJ) _____	
SECTION 3 - DÉTAILS DE LA BLESSURE –À REMPLIR AU COMPLET PAR LE PHYSIOTHÉRAPEUTE					
Green Shield Canada n'approuvera pas le remboursement d'autres traitements de physiothérapie s'ils s'inscrivent dans un programme d'entretien. Les services approuvés par Green Shield Canada sont les traitements actifs qui visent la guérison d'une blessure ou d'une partie du corps aux fins de la réadaptation.					
DIAGNOSTIC PROVISoire :			DÉTAILS REQUIS SUR LE TRAITEMENT ACTUEL ET PROPOSÉ :		
			FACTEURS RETARDANT LA RÉCUPÉRATION :		
DATE DE L'APPARITION DES SYMPTÔMES: ____ ANNÉE ____ MOIS ____ JOUR	DATE DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE: ____ ANNÉE ____ MOIS ____ JOUR		EMPLOI : ÊTES-VOUS EN CONGÉ PAR SUITE DE CETTE BLESSURE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
COMMENT LA BLESSURE S'EST-ELLE PRODUITE? VEUILLEZ PRÉCISER.					
RÉSULTATS DE L'EXAMEN					
PREMIERS SYMPTÔMES ET AMPLITUDE DES MOUVEMENTS (amplitude des mouvements, examens neurologiques, etc.)					
SYMPTÔMES ACTUELS ET AMPLITUDE DES MOUVEMENTS (amplitude des mouvements, examens neurologiques, etc.)					

LIMITES FONCTIONNELLES ACTUELLES :

RÉSULTATS DU TRAITEMENT JUSQU'À CE JOUR (C.-À-D. DEGRÉ D'AMÉLIORATION, EFFETS SUR LES AVQ, etc.)

RÉSULTATS AVEC D'AUTRES TRAITEMENTS

UNE RÉCUPÉRATION COMPLÈTE EST-ELLE ATTENDUE? OUI NON
SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER UNE DATE APPROXIMATIVE :

_____ ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR

DURÉE RECOMMANDÉE DE LA PROLONGATION DU TRAITEMENT :

DATE DE DÉBUT : _____ DATE DE FIN : _____
ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR

FRÉQUENCE ESTIMÉE DES TRAITEMENTS (p. ex., nombre de jours/semaine) _____

SECTION 4 - AUTORISATION

_____ SIGNATURE DU PHYSIOTHÉRAPEUTE

_____ DATE

_____ SIGNATURE DU PATIENT

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 ces fins. Il est entendu que ces renseignements peuvent être consultés par le titulaire.

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.

SECTION 5 - INSTRUCTIONS POUR L'ENVOI

TOUTES LES RÉCLAMATIONS DOIVENT ÊTRE REÇUES DANS LES 12 MOIS QUI SUIVENT LA DATE À LAQUELLE LE SERVICE A ÉTÉ OBTENU (sauf indication contraire dans les documents relatifs à votre régime de garanties). VEUILLEZ JOINDRE LES DOCUMENTS ORIGINAUX et conserver des copies pour vos dossiers, puisque les reçus originaux ne seront pas retournés.

Le patient ou l'assuré assumera les frais engagés pour l'obtention de ces renseignements, le cas échéant.

INFIRMIERS ET PHYSIOTHÉRAPIE

C.P. 1699
WINDSOR (ONTARIO)
N9A 7G6

CENTRE DE SERVICE À LA CLIENTÈLE 1 888 711-1119 ou 519 739-1133

physio@greenshield.ca

greenshield.ca