

## FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR LES ATTELLES FAITES SUR MESURE

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**

**Au patient :** Les détails requis ci-dessous sont obligatoires afin que Green Shield puisse déterminer notre responsabilité envers cette demande. Pour approbation préalable, veuillez retourner ce formulaire dûment rempli à l'adresse précitée. Nous ferons parvenir notre lettre réponse au patient, incluant une description de notre responsabilité. Notre décision n'est pas visée à interférer avec les traitements recommandés par votre médecin. Faute de demander une approbation préalable pourrait résulter d'un refus à votre demande de règlement.

### SECTION I – DOIT ÊTRE REMPLIE AU COMPLET PAR LE PATIENT OU LA PERSONNE À CHARGE

Nom du patient \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ N° Green Shield \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

Êtes-vous couvert(e) par une autre assurance collective qui pourrait inclure ces prestations ? Oui  Non

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

Si l'autre compagnie est Green Shield, veuillez indiquer le numéro d'identification \_\_\_\_\_

### SECTION II - DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN TRAITANT

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 estimé : \_\_\_\_\_

2. Condition médicale du patient : Soins actifs \_\_\_\_\_ Soins chroniques \_\_\_\_\_

3. Durée du besoin : Semaines \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année(s) \_\_\_\_\_ À vie \_\_\_\_\_

4. Diagnostic (Veuillez spécifier) : \_\_\_\_\_

5. Traitements antérieurs : Physiothérapie \_\_\_\_# de traitements Chirurgie \_\_\_\_ Médicaments \_\_\_\_ Radiographies \_\_\_\_\_

6. Degré d'espace de l'articulation : Perte antérieure/future \_\_\_\_\_ Sans objet \_\_\_\_\_

7. Veuillez spécifier la raison médicale pourquoi une attelle faite sur mesure est nécessaire au lieu d'une attelle standard.  
 \_\_\_\_\_

8. Le patient a-t-il vu l'attelle et les coûts lui ont-ils été fournis ? Oui  Non

9. L'attelle prescrite est-elle un remplacement ? Oui  Non  Si oui, spécifier la raison \_\_\_\_\_

10. Une demande de remboursement a-t-elle été faite auprès du gouvernement ? Oui  Non

Si non, indiquer la raison \_\_\_\_\_ Sans objet

11. 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 (veuillez écrire en lettres majuscules) \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone du médecin \_\_\_\_\_

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.

Mon(Ma) conjoint(e) et/ou mes personnes à charge m'autorisent 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.

**VOUS DEVEZ SOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE RÈGLEMENT À GREEN SHIELD CANADA DANS LES 12 MOIS SUIVANT LA DATE DE SERVICE. LE PATIENT/SOUSCRIPTEUR ASSUMERA LES COÛTS ENGAGÉS POUR L'OBTENTION DE CES RENSEIGNEMENTS, S'IL Y A LIEU.**