

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR LES ORTHÈSES DE PIEDS FAITES SUR MESURE

Au patient : Les détails demandés ci-dessous sont obligatoires, afin que Green Shield puisse déterminer sa responsabilité quant à cette demande.

FOURNISSEUR			PATIENT		
N° fournisseur	N° téléphone ()		N° d'identification Green Shield	Date de naissance ____/____/____	
Nom			Nom		
Adresse			Adresse		
Ville	Province	Code postal	Ville	Province	Code postal

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 _____

CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE AU COMPLET PAR LE DISTRIBUTEUR ET(OU) LE MÉDECIN TRAITANT / LE CHIROPODISTE / LE PODIATRE / LE PROFESSIONNEL/LE.

1. Je prescris/fournis par la présente les orthèses de pied suivantes pour le patient susmentionné (Veuillez inclure les détails) :

2. Diagnostic (veuillez être précis(e)) : _____
3. Veuillez identifier les mesures diagnostiques qui ont été incluses dans la détermination de ce besoin :
_____ Examen biomécanique _____ Mesures de la position des os _____ Analyse de la position des pieds /
posture / démarche Autre _____
* **Veuillez joindre une copie des résultats des tests pertinents.**
4. Veuillez décrire les traitements alternatifs antérieurs : _____
5. L'orthèse(les orthèses) de pied et(ou) l'équipement médical est-il(son-elles) requis :
Suite à une blessure subie au travail ? Oui Non Suite à un accident de véhicule automobile ? Oui Non
Pour pratiquer des sports seulement ? Oui Non

Date _____
Nom du médecin/chiropradiste/podiare (veuillez Écrire en lettres majuscules) _____
Signature _____ No téléphone _() _____

#	DESCRIPTION DU TRAITEMENT	DATE DE LA REMISE	HONORAIRES / FRAIS \$
		AN MOIS JOUR	
1.			\$
2.			\$
3.			\$

J'ATTESTE PAR LA PRÉSENTE QUE J'AI EFFECTUÉ LE TRAITEMENT DÉCRIT CI-DESSUS ET QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS INDIQUÉS SUR CE FORMULAIRE SONT PRÉCIS.

Signature du fournisseur _____	Accréditation _____	N° enregistrement _____
--------------------------------	---------------------	-------------------------

LE SOUSCRIPTEUR A ACQUITTE LA TOTALITÉ DES HONORAIRES / FRAIS INDIQUÉS SUR CE FORMULAIRE. VEUILLEZ REMBOURSER DIRECTEMENT LE SOUSCRIPTEUR. Signature du fournisseur _____	J'ATTESTE QUE LE TRAITEMENT CI-DESSUS A ÉTÉ RENDU ET J'AUTORISE PAR LA PRÉSENTE DE PAYER DIRECTEMENT LE FOURNISSEUR SUSMENTIONNÉ. Signature du patient _____ Date _____
--	--

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'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.

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/SOUSCRIPTEUR ASSUMERA LES COÛTS ENGAGÉS POUR L'OBTENTION DE CES RENSEIGNEMENTS, S'IL Y A LIEU.