

FORMULAIRE D'ÉVALUATION CONCERNANT UN SUPPORT DE GENOU SUR MESURE

Comment remplir le formulaire

Ce formulaire doit être complété intégralement fin de ne pas retarder le processus d'évaluation de la demande. Une fois que nous serons en possession de toutes les informations nécessaires et que nous aurons procédé à leur évaluation, nous donnerons au demandeur un avis écrit concernant le régime d'assurance. Veuillez vous assurer de bien remplir tous les champs à l'encre bleue.

Partie 1: Informations sur le patient à transmettre intégralement par le demandeur

Nom du patient : _____ Date de naissance: ____j/____m/____a

Numéro de telephone Domicile :(____) _____ Travail (____) _____

Numéro du groupe _____ Numéro du certificat _____

Y a-t-il des prestations ou services médicaux offerts dans le cadre d'une autre assurance

Oui Non

Si oui, quel est le nom de l'autre compagnie d'assurance?

Partie 2: Renseignements sur le financement provincial à compléter par le demandeur

La couverture offerte par votre plan SécurIndemnité concernant Support de Genou sur mesure est complémentaire à tous services auxquels vous avez droit dans le cadre du Programme d'appareils et accessoires fonctionnels de votre province. Veuillez vous assurer de communiquer avec le représentant de votre régime provincial pour vérifier votre admissibilité avant de déposer une demande de prestation pour un Support de Genou sur mesure auprès de SécurIndemnité.

Une partie sera-t-elle prise en charge par votre régime provincial? Oui Non

Sinon, veuillez en indiquer la raison? _____

Partie 3: Nom du médecin prescripteur

Nom du médecin: _____

Adresse: _____

Numéro de téléphone:(____)_____ Numéro de télécopieur:(____)_____

Signature du médecin: _____

Partie 4: Renseignements médicaux courants à transmettre intégralement par le médecin

Diagnostic: _____

Pronostic: _____

Veuillez décrire l'amplitude des mouvements, les limitations ou articulation du membre : _____

Quelles sont les circonstances (p. ex : chirurgie) qui rendent l'utilisation d'un support nécessaire? _____

Quelle est la durée d'utilisation prévue du support par le patient? _____

Pendant combien d'heures par jour et combien de fois le support devra-t-il être porté? _____

Partie 5: Informations relatives à l'achat et à la location à transmettre par le Fournisseur.

Nom du fournisseur médical: _____

Marque _____ Numéro du modèle _____

Quels matériaux sont utilisés dans la fabrication du support? _____

Coût d'achat _____

Veuillez joindre une ventilation des frais et une copie de votre demande de prestation à votre régime provincial, le cas échéant

Partie 6 : Autorisation à remplir par le demandeur

Divulcation de renseignements

J'autorise la divulgation de tous les renseignements requis relativement à cette demande adressée à SécurIndemnité et confirme que les renseignements fournis dans ce formulaire sont vrais, corrects et complets, dans la limite de ma connaissance.

Veillez noter que les coûts éventuels relatifs à l'obtention de ces renseignements sont à la charge du participant au régime. En outre, le fait d'avoir complété ce formulaire ne signifie pas l'admissibilité au régime d'assurance.

Nom du participant au régime: _____

Signature: _____ Date: _____

Après avoir dûment complété tous les documents joints, veuillez les retourner à SécurIndemnité Inc.

Envoyer à: SÉCURINDEMNITÉ INC.
CP 6500 SUCCURSALE A
SUDBURY ON P3A 5N5