Ontario Ministère de la Santé

Directives sur la façon de remplir le formulaire Demande d'approbation préalable du remboursement de services de santé hors province assurés (autre province ou territoire)

Introduction

Sauf indication contraire, toutes les parties du présent formulaire doivent être remplies au complet et de façon lisible.

Ce formulaire est nécessaire pour demander l'approbation préalable du remboursement par le ministère de **services hospitaliers ou médicaux couverts par l'Assurance-santé hors province (ASHP)** au nom de votre patient. Le ministère ne rembourse pas les frais de déplacement ou d'hébergement liés au traitement.

Remarque : L'Assurance-santé ne rembourse pas les frais liés aux services de santé complémentaires (soins à domicile, appareils et accessoires, etc.), les services d'ambulance, les frais de transport ou, hors de l'hôpital, les frais liés à la nourriture, à l'hébergement, aux médicaments ou aux ordonnances, y compris celles de médicaments pris au domicile.

Des renseignements sur le programme d'approbation préalable de l'ASHP et les formulaires de demande sont disponibles sur le site Web du ministère à : http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/ohip/outofprovince/priorapproval.aspx

Ces formulaires peuvent être **remplis et imprimés en ligne** ou être téléchargés afin de remplir la version papier. Une fois remplis, les formulaires peuvent être télécopiés au ministère, au 613 536-3181 ou au 1 866 221-3536.

Responsabilités du médecin

En signant la demande à titre de médecin traitant, vous prescrivez un traitement à la lumière de vos connaissances professionnelles et de votre évaluation de l'état du patient.

Ne remplissez pas le formulaire si :

- Le traitement est rendu nécessaire par un accident du travail. Veuillez remplir un Rapport du professionnel de la santé (formulaire 8) et contacter la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) à www.wsib.on.ca pour discuter de la couverture. L'Assurance-santé ne couvre pas les services auxquels une personne a droit en vertu de la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*.
- Vous demandez une analyse diagnostique de laboratoire. Si ce genre de service est requis, veuillez remplir le formulaire intitulé Demande d'approbation préalable du remboursement de services de santé hors pays assurés – Demande d'analyses diagnostiques de laboratoire (formulaire 4521-84). Ce formulaire peut également être utilisé pour les demandes d'analyses de laboratoire hors province.

Le remboursement des services hospitaliers et médicaux nécessaires sera autorisé uniquement si l'intervention ou le traitement hors province :

- est assuré en Ontario;
- est généralement reconnu par la profession médicale en Ontario comme étant adéquat pour une personne qui est dans le même état de santé que la personne assurée;
- n'est pas de nature expérimentale en Ontario ou à des fins de recherche ou d'enquête; et
- est effectué dans un hôpital public (qui pratique la facturation réciproque) ou un établissement avec lequel le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a conclu une entente de fournisseur privilégié.

Veuillez vous assurer que toutes les parties sont lisibles, sinon le formulaire sera retourné par télécopieur avec une demande de clarification des renseignements.

Si vous avez besoin de précisions ou de renseignements supplémentaires afin de remplir le présent formulaire de demande, veuillez joindre le ministère en composant le numéro sans frais 1 888 359-8807, ou faites parvenir vos questions par courriel à OHIPServicesOutsideOntario@ontario.ca

 © Imprimeur de la Roi pour l'Ontario, 2022

Directives sur la façon de remplir le formulaire

Partie 1 – Renseignements sur le patient

Le numéro de la carte Santé et l'adresse du patient doivent être à jour et exacts (ils doivent correspondre à l'information dans la base de données du ministère), faute de quoi la demande sera retournée.

Si le patient a moins de 16 ans, le formulaire doit être signé en son nom par la mère ou le père, la tutrice ou le tuteur.

Lorsque le formulaire est signé au nom d'une personne de plus de 16 ans qui n'est pas le demandeur, un document doit être joint afin de démontrer que la personne qui a signé le formulaire est légalement autorisée à le faire. Par exemple, une procuration relative aux biens ou au soin de la personne est un document acceptable.

Partie 2 – Médecin traitant de l'Ontario

Remarque : Cette partie est à remplir UNIQUEMENT si un médecin de l'Ontario participe au processus de demande.

Veuillez indiquer le nom, le numéro de facturation de l'Assurance-santé, l'adresse du bureau, le numéro de télécopieur du bureau, l'adresse électronique et un numéro de téléphone de jour auquel le ministère peut joindre le médecin de l'Ontario. Si le système téléphonique du bureau n'accepte pas les messages, veuillez fournir un autre numéro.

Partie 3 – Établissement/hôpital et médecin hors province proposés

Veuillez indiquer le nom et l'adresse de l'établissement hors province, ainsi que le nom et les coordonnées du médecin qui effectue le traitement proposé. Veuillez fournir le numéro de facturation réciproque de l'hôpital.

Partie 4 – Traitement - renseignements généraux

Cette partie doit être remplie au complet et indiquer le diagnostic clinique complet et l'intervention ou le traitement proposé pour lequel la demande d'approbation préalable est présentée. Donnez le maximum de renseignements à l'appui de la demande afin de faciliter son évaluation; cela comprend les dossiers médicaux et lettres de recommandation pertinents du patient, etc. (Les joindre séparément.) Si les services demandés exigent une hospitalisation, veuillez indiquer le nombre de jours prévu et la date d'admission prévue, si ces renseignements sont connus.

Si le patient est orienté vers un établissement hors province pour un séjour prolongé, indiquez les motifs du séjour prolongé.

Remarques :

- Si la demande concerne la **chirurgie bariatrique**, le patient doit être recommandé pour une chirurgie par une équipe multidisciplinaire à un centre régional d'évaluation et de traitement de l'Ontario. La demande doit être accompagnée de l'évaluation et de la recommandation du centre.
- Si la demande concerne le **traitement du cancer**, joignez des copies de tous les documents pertinents, y compris les lettres de consultation. D'autres renseignements pourraient également être demandés.

Partie 5 – Soins de suivi

Cette partie doit être remplie afin de confirmer que les soins de suivi du patient seront fournis.

Partie 6 – Signatures

Le formulaire de demande doit être signé et daté par le patient (ou son représentant autorisé) et par le médecin traitant de l'Ontario ou hors province. Si le formulaire n'a pas été signé par le patient, veuillez expliquer pourquoi.

Une lettre de décision sera envoyée au médecin qui a signé le formulaire et au demandeur. Un exemplaire sera envoyé au médecin de l'Ontario, le cas échéant.

Ontario

Ministère de la Santé

Réservé au ministère
Numéro de référence
Date de réception (aaaa/mm/jj)

Demande d'approbation préalable du remboursement de services de santé hors province assurés (autre province ou territoire)

Le médecin traitant hors province ou le médecin traitant de l'Ontario doit remplir le formulaire en entier. Veuillez écrire lisiblement en caractères d'imprimerie.

Le traitement hors province est-il nécessaire à la suite d'un accident du travail? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, **ne pas remplir** le présent formulaire. Veuillez remplir le Rapport du professionnel de la santé (formulaire 8) et communiquer avec la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT).

Veuillez envoyer le formulaire par télécopieur à : Direction des services de santé, Programme d'approbation préalable hors du pays, 49 Place D'Armes, CP 48, Kingston ON K7L 5J3. Pour obtenir de l'information ou des précisions au sujet du formulaire, appelez au 1 888 359-8807.

Partie 1 – Renseignements sur le patient

Nom	Prénom	Initiales

Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Sexe ☐ Homme ☐ Femme	Nº de carte Santé	Version

Adresse postale

Bureau	Numéro	Rue	Case postale

Ville	Province	Code postal

Nº de téléphone (domicile)	Nº de téléphone (travail/le jour) Poste

Nom de famille du parent/tuteur (le cas échéant)	Prénom du parent/tuteur (le cas échéant)

Lorsque ce formulaire est signé par une personne autre que le demandeur, indiquez la relation entre le demandeur et la personne qui remplit le formulaire :

☐ parent d'un enfant de moins de 16 ans ☐ tuteur/tutrice ☐ mandataire détenteur d'une procuration

☐ autre (précisez) ►

Si vous êtes tuteur/tutrice, mandataire ou autre, veuillez fournir une copie du document qui en établit la preuve ou, si le formulaire est signé au nom d'un enfant de plus de 16 ans, soumettre un consentement signé par le patient vous autorisant à présenter la demande et à communiquer avec le ministère en son nom.

Partie 2 – Médecin traitant de l'Ontario (le cas échéant)

Nom de famille	Prénom	Nº de facturation

Adresse du bureau

Bureau	Numéro	Rue	Case postale

Ville	Province	Code postal

Nº de téléphone auquel nous pouvons vous joindre Poste	Nº de télécopieur	Adresse électronique

Partie 3 – Établissement/hôpital et médecin hors province proposés

Établissement	Nº de facturation réciproque

Adresse

Bureau	Numéro	Rue	Case postale

Ville	Province	Code postal

Nom de famille du médecin hors province	Prénom du médecin hors province

Nº de téléphone Poste	Nº de télécopieur	Adresse électronique

 © Imprimeur de la Roi pour l'Ontario, 2022

Partie 4 – Traitement - renseignements généraux

Diagnostic clinique (affectation pour laquelle le traitement est demandé)	Code de diagnostic

Indiquez si la demande porte sur des :

☐ services qui exigent une hospitalisation ☐ services en consultation externe

Nombre de jours prévu pour l'hospitalisation	Indiquer la date prévue d'admission (aaaa/mm/jj)	Indiquer la date prévue de la chirurgie (aaaa/mm/jj)

Intervention ou traitement proposé pour lequel une autorisation préalable est demandée (voir la partie 4 des directives)

S'agit-il d'un traitement généralement reconnu en Ontario comment étant adéquat pour une personne dans cet état de santé?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

S'agit-il d'un traitement expérimental généralement reconnu comme tel en Ontario?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Ce traitement est-il médicalement nécessaire pour une personne dans cet état de santé?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Partie 5 – Soins de suivi

Pour les patients qui ont besoin de soins de longue durée permanents, veuillez fournir des détails au sujet de vos projets à court terme et à long terme concernant les soins de suivi

Partie 6 - Signatures

Tous les documents qui accompagnent la présente demande seront examinés dans le cadre de celle-ci. Je comprends que le ministère de la Santé (MS) ou ses agents peuvent recueillir, utiliser ou divulguer des renseignements personnels sur la santé ou des documents relatifs à cette demande aux fins de l'administration de la *Loi sur l'assurance-santé*, y compris l'administration des services de l'Assurance-santé hors province. Je comprends que cela peut exiger la divulgation de renseignements personnels sur la santé ou de documents connexes à des fournisseurs, des établissements et des organismes qui pourraient en avoir besoin, si l'Assurance-santé le juge nécessaire.

Toute personne qui, sciemment, donne de faux renseignements à l'Assurance-santé de l'Ontario dans une demande ou une déclaration commet une infraction.

Nom du patient ou de son parent ou tuteur	Signature du patient ou de son parent ou tuteur	Date (aaaa/mm/jj)

Relation avec le patient (si le formulaire n'est pas signé par le patient)	Veuillez expliquer pourquoi le formulaire n'est pas signé par le patient

Je confirme l'exactitude des renseignements que j'ai fournis.

Signature ☐ du médecin de l'Ontario ou ☐ du médecin hors province (cochez une case) Date (aaaa/mm/jj)

Imprimer Effacer

 © Imprimeur de la Roi pour l'Ontario, 2022