

Directives sur la façon de remplir le formulaire Demande d'approbation préalable du remboursement de services de santé hors pays assurés - Transferts d'urgence/911/CritiCall

Vous devez communiquer avec CritiCall, au 1 800 668-4357 pour un traitement d'urgence hors pays.

SI VOTRE PATIENTE OU PATIENT A BESOIN D'UN TRANSFERT D'URGENCE, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC CRITICAL AFIN DE PRENDRE LES DISPOSITIONS NÉCESSAIRES : 1 800 668-4357.

UNE FOIS REMPLI, LE FORMULAIRE DOIT ÊTRE TÉLÉCOPIÉ À CRITICAL, AU 905 388-6377.

INTRODUCTION

Toutes les parties du présent formulaire doivent être remplies au complet et de façon lisible.

Ce formulaire est nécessaire pour demander l'approbation du remboursement par le ministère **de services hospitaliers ou médicaux hors pays assurés** au nom de votre patiente ou patient. Le ministère ne rembourse pas les frais de déplacement et d'hébergement hors pays liés au traitement préapprouvé.

Des renseignements sur le programme d'approbation préalable et les formulaires de demande sont disponibles sur le site Web du ministère à :

<http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/ohip/outofcountry/>

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, vous prescrivez un traitement, à titre de médecin traitant en Ontario, à la lumière de vos connaissances professionnelles.

NE REMPLISSEZ PAS LE FORMULAIRE SI :

- Vous ne connaissez pas les réponses aux questions énumérées à la partie 4. Dans la plupart des cas, vous devrez effectuer des recherches sur la disponibilité des services en Ontario et les temps d'attente dans plusieurs régions de la province.
- Vous demandez un traitement médical ou des services de santé, comme le traitement du cancer, la chirurgie bariatrique, etc. Si ces services sont requis, veuillez remplir le formulaire intitulé Demande d'approbation préalable du remboursement de services de santé hors pays assurés (formulaire 4520-84).
- 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).

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

- est effectué dans un hôpital ou dans un établissement de santé autorisé; et
- n'est pas de nature expérimentale ou à des fins de recherche ou d'enquête; et
- 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; et
- n'est pas disponible en Ontario auprès d'un service identique ou équivalent; ou
- est offert en Ontario, mais la personne assurée doit recevoir les services à l'extérieur du Canada afin d'éviter un délai qui pourrait provoquer la mort ou des lésions tissulaires irréversibles dont les conséquences médicales pourraient être graves.

Veillez vous assurer que toutes les parties soient 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

Directives sur la façon de remplir le formulaire Demande d'approbation préalable du remboursement de services de santé hors pays assurés - Transferts d'urgence/911/CritiCall

Partie 1 – Renseignements sur la patiente ou le patient

Le bureau du médecin de l'Ontario devrait vérifier si le numéro de la carte Santé et l'adresse de la patiente ou du patient sont à jour et exacts afin de remplir cette partie.

Si la patiente ou le patient a moins de 16 ans, le formulaire doit être signé par le père, la mère, 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

Veillez indiquer si vous êtes le médecin principal de la patiente ou du patient. Veuillez indiquer également votre nom, votre numéro de facturation de l'Assurance-santé, l'adresse de votre bureau et le nom de l'hôpital en Ontario. Vous devez aussi indiquer un numéro de téléphone auquel le ministère peut vous joindre. Si le système téléphonique de votre bureau n'accepte pas les messages, veuillez fournir un autre numéro, comme celui de votre ligne privée.

Partie 3 – Établissement de santé ou hôpital hors pays proposé

Vous devez communiquer avec CritiCall afin de prendre les dispositions concernant le transfert de votre patiente ou patient. CritiCall communiquera au médecin traitant de l'Ontario le nom de l'établissement des États-Unis qui doit être indiqué sur le formulaire. Un fournisseur privilégié doit être sélectionné si une entente avec un fournisseur privilégié a été établie concernant le service requis. La liste des fournisseurs privilégiés peut être consultée sur le site Web du ministère à :

<http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/ohip/outofcountry/>

Partie 4 – Traitement ou service demandé

Cette partie doit être remplie au complet et indiquer le diagnostic clinique complet, l'intervention ou le traitement qui est demandé hors pays et le nom du médecin ontarien qui assurera les soins de suivi en Ontario.

Cette partie permet de démontrer la nécessité d'envoyer la patiente ou le patient à l'extérieur du Canada. Tous les critères décrits dans la *Loi sur l'assurance-santé* doivent être satisfaits pour que la demande d'approbation soit admissible.

Les deux premières questions visent à démontrer si le traitement demandé est adéquat pour une personne qui est dans le même état de santé que la personne assurée et si le service est disponible en Ontario par l'entremise d'une intervention identique ou équivalente.

Les deux questions suivantes permettent de démontrer que le traitement doit être donné hors pays afin d'éviter un délai qui pourrait provoquer la mort ou des lésions tissulaires irréversibles dont les conséquences médicales pourraient être graves. Vous devez répondre dans l'affirmation à au moins une de ces questions. Une réponse négative à chacune de ces questions indique qu'il n'est pas urgent que la patiente ou le patient reçoive le traitement hors pays.

On s'attend à ce que le médecin traitant de l'Ontario tente de trouver le traitement pour sa patiente ou son patient en Ontario. D'ailleurs, il devra fournir le nom des professionnels de la santé qu'il a contactés à cette fin. La *Loi sur l'assurance-santé* ne prévoit aucune limite quant à la distance à parcourir pour recevoir un traitement en Ontario.

Partie 5 – Soins de suivi

Cette partie doit être remplie afin de confirmer que les soins de suivi de la patiente ou du patient seront fournis en Ontario et non par le médecin hors pays.

Signatures

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

Réservé au ministère																		
Reference Number																		
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>																		
Date rec'd																		

Demande d'approbation préalable du remboursement de services de santé hors pays assurés

Transferts d'urgence/911/CritiCall

Vous devez communiquer avec CritiCall, au 1 800 668-4357 pour un traitement d'urgence hors pays. Une fois rempli, le formulaire doit être télécopié au 905 388-6377.

S'agissait-il d'un transfert CritiCall? Oui Non

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

Si oui, veuillez remplir le présent formulaire ainsi que 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).

LE FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI PAR UN MÉDECIN TRAITANT DE L'ONTARIO. VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT EN LETTRES MOULÉES.

Veuillez envoyer le formulaire à : Direction des services de santé, Programme d'approbation préalable hors du pays, 49 Place D'Armes, CP 48, Kingston ON K7L 5J3. Les demandes peuvent être envoyées par télécopieur, au 613 536-3181 ou au 1 866 221-3536. Pour obtenir de l'information ou des précisions au sujet du formulaire, appelez au 1 888 359-8807.

Partie 1 – Renseignements sur la patiente ou le patient

Nom				Prénom				Initiales			
Date de naissance		Sexe		N° de carte Santé				Version			
Année	Mois	Jour	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F								
Adresse postale (numéro et rue, R.R., C.P., poste restante)											
Ville						Province		Code postal			
N° de téléphone (domicile)				N° 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 :											
<input type="checkbox"/> parent d'un enfant de moins de 16 ans		<input type="checkbox"/> tuteur/tutrice		<input type="checkbox"/> mandataire détenteur d'une procuration				<input type="checkbox"/> 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 la patiente ou le patient vous autorisant à présenter la demande et à communiquer avec le ministère en son nom.											

Partie 2 – Médecin traitant de l'Ontario

Êtes-vous le médecin principal de la patiente ou du patient? Oui Non

Nom						Prénom					
Nom de l'hôpital											
Adresse du cabinet (numéro et rue, R.R., C.P., poste restante)											
Ville				Province		Code postal				N° de facturation	
N° de téléphone auquel nous pouvons vous joindre				Poste				N° de télécopieur			
() -				() -							
Adresse électronique (facultatif)											

Partie 3 - Établissement de santé ou hôpital hors pays proposé

Établissement (Un fournisseur préféré doit être sélectionné si une entente avec un fournisseur préféré a été établie concernant le service requis.)

Adresse (numéro et rue, R.R., C.P., poste restante)											
Ville						État/Pays			Code		
Nom :				Nom				Prénom			
<input type="checkbox"/> du médecin hors pays		<input type="checkbox"/> de la personne-ressource									
N° de téléphone				Poste				N° de télécopieur			
() -				() -							
Adresse électronique											

Partie 4 – Traitement ou service demandé

Diagnostic clinique (*affection pour laquelle le traitement est demandé*) : _____ Code de diagnostic _____

Intervention ou traitement proposé pour lequel la demande d'approbation préalable est présentée : _____

Nom du médecin de l'Ontario qui assurera les soins de suivi permanents en Ontario : _____

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

Existe-t-il en Ontario une intervention identique ou équivalente à ce traitement? Oui Non

Dans l'affirmative, où ce service est-il dispensé en Ontario? _____

Si non, veuillez expliquer pourquoi. _____

Avez-vous besoin d'obtenir ce traitement hors du Canada parce que la période d'attente requise en Ontario risquerait d'entraîner :

A) la mort Oui Non B) des lésions tissulaires irréversibles dont les conséquences médicales pourraient être graves Oui Non

Si vous avez répondu « Oui » à l'une ou l'autre de ces questions, quand aurez-vous besoin de ce traitement? _____

Si vous avez de bonnes raisons de croire qu'un retard entraînerait des lésions tissulaires, veuillez décrire le type de lésions. _____

Si la présente demande porte sur des **soins cardiaques**, donnez le nom de la personne avec laquelle vous avez communiqué au CorHealth Ontario, 416 512-7472. _____

Partie 5 – Soins de suivi

Pour les patientes et 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 qui devront être dispensés en Ontario si le paiement du traitement hors pays est approuvé.

REMARQUE : L'Assurance-santé ne rembourse pas les services d'ambulance, les frais de transport et les dépenses liées à la restauration et à l'hébergement à l'extérieur de l'hôpital ainsi que les médicaments et les ordonnances, y compris les ordonnances rapportées à domicile.

Tous les documents qui accompagnent la présente demande seront examinés dans le cadre de celle-ci. Je comprends que le MSSLD 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 du Programme d'approbation préalable des services de santé hors pays. 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. La collecte de ces renseignements est autorisée aux termes du paragraphe 4.1 de la *Loi sur l'assurance-santé*. Pour obtenir des renseignements sur les pratiques du MSSLD en matière de collecte de renseignements personnels, veuillez consulter notre site Web, à <https://www.ontario.ca/fr/page/declaration-concernant-la-protection-de-la-vie-privee>

VEUILLEZ UTILISER LE PRÉSENT FORMULAIRE DANS LE CAS D'UN TRANSFERT D'URGENCE DE VOTRE PATIENTE OU PATIENT D'UN HÔPITAL DE L'ONTARIO VERS UN HÔPITAL DES ÉTATS-UNIS.

TOUTE PERSONNE QUI, SCIEMMENT, DONNE DE FAUX RENSEIGNEMENTS À L'ASSURANCE-SANTÉ DE L'ONTARIO DANS UNE DÉCLARATION OU UNE DEMANDE COMMÈT UNE INFRACTION.

Nom de la patiente ou du patient ou de son parent ou tuteur (<i>dactylographier ou écrire en lettres moulées</i>)	Signature de la patiente ou du patient ou de son parent ou tuteur	Date (<i>aaaa/mm/jj</i>)
Relation avec la patiente ou le patient (<i>si le formulaire n'est pas signé par la patiente ou le patient</i>)	Veuillez expliquer pourquoi le formulaire n'est pas signé par la patiente ou le patient :	

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

Signature du médecin traitant	Date (<i>aaaa/mm/jj</i>)
-------------------------------	----------------------------