

# Directives sur la façon de remplir le formulaire Demande d'approbation préalable du remboursement de services de santé hors pays assurés

## INTRODUCTION

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 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 aux parties 5 et 6. 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.
- Le traitement requis a déjà été rendu, puisque les services seront inadmissibles à un remboursement.
- Le traitement est nécessaire à la suite d'un accident du travail. 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), à [www.wsib.on.ca](http://www.wsib.on.ca), afin de discuter de l'admissibilité. L'Assurance-santé n'assure 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 un transfert d'urgence/911/CritiCall. 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 - Transferts d'urgence/911/CritiCall (formulaire 4524-84).
- 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.

Veuillez 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](mailto:OHIPServicesOutsideOntario@ontario.ca)

## 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.

# Directives sur la façon de remplir le formulaire Demande d'approbation préalable du remboursement de services de santé hors pays assurés

## Partie 2 – Médecin traitant de l'Ontario

Veillez indiquer votre nom, votre numéro de facturation de l'Assurance-santé et l'adresse de votre bureau. Veillez également 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

Veillez indiquer le nom et l'adresse de l'établissement hors pays et le nom du médecin ou de la personne-ressource de cet établissement. 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 - 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. 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 la patiente ou le patient est orienté(e) vers un établissement hors pays pour un séjour prolongé, le médecin de l'Ontario doit aussi fournir les motifs du séjour prolongé. Vous devez également indiquer si cette patiente ou ce patient a déjà tenté de recevoir ce traitement hors pays.

## Partie 4A – Chirurgie bariatrique – traitement demandé

Les patientes ou les patients doivent être recommandés pour une chirurgie par une équipe multidisciplinaire d'un centre régional d'évaluation et de traitement de l'Ontario ou participer à un régime multidisciplinaire d'une durée d'au moins trois mois. Si vous demandez une chirurgie bariatrique, veuillez indiquer la taille et le poids de la patiente ou du patient, les affections concomitantes et le nom des autres professionnels de la santé de l'Ontario qui ont été consultés (veuillez joindre les notes de consultation pertinentes). Veuillez indiquer si votre patiente ou patient souffre de toute maladie pouvant influencer sur son aptitude à subir une chirurgie. Veuillez aussi préciser la chirurgie bariatrique particulière qui est demandée hors pays, puisque ce ne sont pas toutes les chirurgies bariatriques qui sont assurées.

## Parties 4B, 4C ou 4D – Demande d'un traitement du cancer/d'un traitement nécessitant une hospitalisation/d'une intervention chirurgicale

Veillez remplir UNIQUEMENT la partie qui se rapporte au service hors pays demandé, c'est-à-dire, un traitement du cancer, un traitement nécessitant une hospitalisation ou une intervention chirurgicale hors pays. Veuillez fournir tous les renseignements demandés.

## Partie 4E – Demande d'IRM (imagerie par résonance magnétique)

Veillez préciser le type d'IRM qui est demandé. Si vous demandez une IRM ouverte, veuillez aussi expliquer pourquoi votre patiente ou patient a besoin de ce service et indiquer la taille et le poids de votre patiente ou patient ainsi que la taille de sa ceinture abdominale.

## Partie 5 – Disponibilité du traitement

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* et les règlements 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 6 – 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.



Ministère de la Santé



## Partie 4 - Traitement - renseignements généraux

Diagnostic clinique (*affection 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

Le traitement hors pays a-t-il déjà été reçu sans l'approbation du ministère?  Non  Oui (*Si oui, indiquez la date.*)

Année Mois Jour

Nombre de jours prévu d'hospitalisation

Date d'admission prévue

Année

Mois

Jour

Date de la consultation hors pays (*le cas échéant*)

Année

Mois

Jour

Date de la chirurgie

Année

Mois

Jour

Intervention ou traitement proposé faisant l'objet de la présente demande d'autorisation préalable :

Avez-vous déjà demandé ou obtenu ce service hors pays?

Non  Oui

(Si oui, indiquez la date ainsi que le nom de l'établissement, de la ville, de l'État, du pays, et la raison pour laquelle une nouvelle demande est présentée.)

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 4A - Chirurgie bariatrique – traitement demandé

En plus des renseignements généraux fournis à la partie 4 ci-dessus :

Votre patiente ou patient a-t-il fait l'objet d'une évaluation dans un centre régional d'évaluation et de traitement bariatrique de l'Ontario?

Oui

Non

Si non, veuillez prendre des dispositions afin que votre patiente ou patient soit évalué en Ontario.

Précisez la chirurgie bariatrique particulière qui est demandée hors pays (*Remarque : Certaines chirurgies bariatriques ne sont pas assurées.*)

Taille de la patiente ou du patient

pi

po

cm

Poids actuel de la patiente ou du patient :

lb

kg

Affections concomitantes de la patiente ou du patient (*joindre une copie des documents pertinents*)

Votre patiente ou patient souffre-t-il présentement de toute autre maladie (*dépression, maladie cardiovasculaire, etc.*) pouvant influencer sur son aptitude à subir une chirurgie? Veuillez fournir des explications.

Nommez tous les autres médecins de l'Ontario (incluant les spécialistes) que vous avez consultés au cours des 6 à 12 derniers mois au sujet des affections concomitantes énumérées ci-dessus (joindre la liste, le cas échéant). **Veuillez joindre une copie de la documentation et des lettres de consultation pertinentes.**

## Partie 4B - Demande d'un traitement du cancer

En plus des renseignements généraux fournis à la partie 4 ci-dessus :

Indiquez (✓) si la demande porte sur une :  Chirurgie  Radiothérapie  Chimiothérapie (*précisez*)

Nommez tous les autres médecins de l'Ontario (incluant les spécialistes) que vous avez consultés au cours des 6 à 12 derniers mois au centre régional de cancérologie le plus proche au sujet de l'affection ou des affections énumérées ci-dessus (joindre la liste, le cas échéant). **Veuillez joindre une copie de la documentation et des lettres de consultation pertinentes.**

## Partie 4C - Demande d'un traitement nécessitant une hospitalisation

En plus des renseignements généraux fournis à la partie 4 ci-dessus :

Si la présente demande porte sur un traitement lié à la **toxicomanie** ou à la **santé mentale**, donnez le nom de l'agente ou de l'agent avec qui vous avez communiqué au ConnexOntario 1 866-531-2600.

Si la présente demande porte sur un traitement lié à un **trouble de l'alimentation**, donnez le nom de l'agente ou de l'agent avec qui vous avez communiqué au ConnexOntario 1 866 531-2600 ou au réseau provincial ontarien des fournisseurs de services liés aux troubles de l'alimentation.

Nommez tous les autres médecins de l'Ontario (incluant les spécialistes) que vous avez consultés au cours des 6 à 12 derniers mois au sujet de l'affection indiquée ci-dessus (joindre la liste des médecins, le cas échéant). **Veillez joindre une copie de la documentation et des lettres de consultation pertinentes.**

## Partie 4D - Demande d'une intervention chirurgicale

En plus des renseignements généraux fournis à la partie 4 ci-dessus :

Nommez tous les autres médecins de l'Ontario (incluant les spécialistes) que vous avez consultés au cours des 6 à 12 derniers mois au sujet de l'affection indiquée ci-dessus (joindre la liste des médecins, le cas échéant). **Veillez joindre une copie de la documentation et des lettres de consultation pertinentes.**

## Partie 4E - Demande d'IRM (imagerie par résonance magnétique)

Indiquez (✓) si la demande porte sur une imagerie :  avec contraste  sans contraste  avec et sans contraste

ouverte (expliquez les raisons et indiquez les renseignements ci-dessous)

Taille de la patiente ou du patient : \_\_\_\_\_ pi \_\_\_\_\_ po \_\_\_\_\_ cm Poids : \_\_\_\_\_ lb \_\_\_\_\_ kg Taille de la ceinture abdominale : \_\_\_\_\_ po \_\_\_\_\_ cm

## Partie 5 - Disponibilité du traitement

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?

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.

Nom du ou des médecins avec lesquels vous avez communiqué pour savoir si ce traitement était offert.	Durée prévue de la période d'attente en Ontario : _____ semaines / mois
--	--

**Si le traitement n'est pas disponible 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

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

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

Veillez fournir des détails si ce traitement n'est pas dispensé en Ontario (donnez les noms des médecins ou des établissements de santé avec lesquels vous avez communiqué en Ontario pour vérifier s'ils pouvaient offrir le traitement en question).

## Partie 6 – 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'approbation écrite du ministère doit avoir été reçue avant que les services de santé hors pays soient dispensés.**  
*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>.

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

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