

Formulaire de demande de pré-approbation pour soins paramédicaux

Le présent formulaire doit être dûment complété et adressé au siège de Beneplan **avant** toute prestation de services ou toute dépense engagée, conformément aux conditions du régime.

Nous vous invitons à consulter votre livret d'assurance afin de connaître les conditions spécifiques applicables à votre couverture. Nous vous rappelons qu'en l'absence de pré-approbation exigée par votre régime, la demande de remboursement pourrait être refusée.

Votre demande de pré-approbation concerne :

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Acupuncture | ☐ Naturopathie | ☐ Psychologie clinique |
| ☐ Podiatrie | ☐ Ostéopathie | ☐ Massothérapie |
| ☐ Chiropratique | ☐ Physiothérapie | ☐ Orthèses / chaussures orthopédiques |
| ☐ Orthophonie | ☐ Bas de contention | |

Informations relatives à l'employé(e)

Nom complet : _____

Adresse : _____

Courriel : _____

(Veuillez indiquer votre adresse personnelle et non votre adresse professionnelle)

Nom de l'entreprise : _____ Numéro de police : _____

Numéro de certificat : _____ Numéro de téléphone : (_____) _____

Date de naissance : _____ Genre : _____

Si la demande concerne une personne à charge :

Nom du dépendant : _____ Date de naissance du dépendant : _____

Veuillez indiquer les motifs pour lesquels vous (ou votre personne à charge) sollicitez des services paramédicaux.

Veuillez indiquer l'identité du professionnel de la santé qui recommande le traitement sollicité, ainsi que les motifs cliniques ou médicaux justifiant cette recommandation

Je certifie que les informations déclarées sont exactes ; Par ailleurs, j'autorise tout médecin autorisé, professionnel de la santé, hôpital, établissement médical ou toute personne liée détenant des informations médicales relatives à la présente demande à transmettre ces informations sur demande de Beneplan, en sa qualité d'administrateur pour le compte de mon employeur.

Signature de l'employé(e): _____ Date: _____

Section réservée au médecin traitant

(à compléter par le médecin traitant du patient ou par un(e) infirmier(ère) diplômé(e)

Nom du patient : _____

Signature du patient : _____ Date: _____

Nom du médecin traitant : _____ CMQ: _____

Adresse du médecin traitant : _____

Numéro de téléphone du médecin traitant : (____) _____ Télécopieur : (____) _____

Diagnostic :

Sur la base de vos connaissances médicales, veuillez préciser la date à laquelle les premiers symptômes sont apparus.

Quel(s) traitement(s) recommandez-vous ?

Avez-vous personnellement recommandé ce traitement, ou a-t-il été demandé par le patient ?

Nom du professionnel paramédical : _____

Téléphone : (____) _____ Numéro de permis : _____

Je certifie que les informations mentionnées sont exactes. Je reconnais que tous les frais engagés pour compléter ce formulaire sont à ma charge ou celle de la personne à ma charge.

Note : Des informations complémentaires peuvent être demandées.

Signature du médecin traitant _____ Date: _____

Merci d'adresser votre formulaire ainsi que vos justificatifs de soins à l'adresse suivante :

500-150 Ferrand Drive · Toronto · ON · M3C 3E5

Télécopieur : 416-863-5157

claims@beneplan.ca