

Annexe A - Autorisation, libération et renseignements à l'égard d'un mineur

1. AUTORISATION ET LIBÉRATION

Je, _____ personnellement ou à titre de parent/tuteur autorisé de _____ (le patient assuré) autorise irrévocablement le ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) à faire un paiement dans le respect de ma réclamation, ou si applicable, dans le respect de la réclamation du patient assuré, directement à Gestion Global Excel (GGE), pour les services de santé reçus à l'extérieur du pays et par la présente je libère le Ministère, lors du paiement à GGE, de toute réclamation ou de toute cause d'action.

Note: Un représentant/mandataire autorisé est une personne autorisée sous la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, L.O. 2004, C.3, ann. A. qui consent, au nom d'un individu, à divulguer des renseignements personnels sur la santé de cet individu.

2. CONSENTEMENT

J'autorise le Ministère à recueillir de l'information de GGE sur ma santé (la santé du patient assuré) qui consiste en:

- de l'information en lien avec mes services (les services du patient assuré) pour des soins médicaux reçus à l'extérieur du Canada, et
- de l'information pertinente au remboursement de ces services sous la Loi sur l'Assurance-santé, L.R.O. 1990, c. H.6

et j'autorise le Ministère à divulguer à GGE l'information personnelle requise pour la vérification de ma demande de règlement (la demande de règlement du patient assuré) sous la Loi sur l'Assurance-santé, incluant les détails de tous les paiements qui ont été fait précédemment à moi (au patient assuré).

Je comprends la nécessité pour le Ministère de recueillir et de divulguer des renseignements personnels sur la santé.

Vous avez le droit de refuser de signer la présente, cependant, GGE et le Ministère seront incapables de procéder au règlement si ce formulaire n'est pas signé.

3. AUTORISATION

Mon nom/parent/tuteur
légal/patient assuré : _____ Adresse : _____

Téléphone à la maison : _____ Téléphone au travail : _____

Signature : _____ Date : _____

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE L'ONTARIO : _____ **CODE DE VERSION* :** _____

Nom du témoin : _____ Adresse: _____

Téléphone à la maison : _____ Téléphone au travail : _____

Signature du témoin: _____ Date : _____

Important: En remplissant convenablement tous les détails, vous nous permettrez de répondre efficacement à votre (celle du patient assuré) demande de règlement.

Veuillez attacher les factures et les reçus originaux lorsque vous soumettez une demande de règlement.
Nous vous recommandons de conserver des copies pour vos dossiers.

* En fonction de la date à laquelle votre (celle du patient assuré) carte d'assurance maladie de l'Ontario a été délivrée ou renouvelée, votre (celui du patient assuré) **CODE DE VERSION** peut être à deux lettres, une lettre ou vous (le patient assuré) pouvez ne pas avoir de **CODE DE VERSION**.

 Pour les renseignements concernant votre demande de règlement,
communiquez avec Gestion Global Excel inc. au **1 800 336-9224** ou au **819 566-8698**.

Veuillez remplir le recto du formulaire.