

Le présent formulaire vise à autoriser le ministère de la Santé et des Soins de longue durée à divulguer *directement* à un tiers des renseignements relatifs à l'historique des demandes de règlement concernant une personne.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le ministère) conserve durant une période de sept (7) ans, à des fins de facturation et de comptabilité, un dossier électronique des demandes de règlement de l'Assurance-santé qui ont été soumises par les fournisseurs de soins de santé. Les renseignements relatifs à l'historique des demandes de règlement que vous demandez sont extraits de ce dossier électronique en fonction du numéro de carte Santé du patient que le ou les fournisseurs ont indiqué au ministère dans leurs demandes de règlement. *Il ne s'agit pas d'une description des services reçus par les patients. Pour obtenir un dossier des services qui ont été fournis par un ou des fournisseurs particuliers, veuillez communiquer directement avec le ou les fournisseurs.*

Le ministère peut divulguer des renseignements relatifs à l'historique des demandes de règlement concernant une personne à un tiers, comme un cabinet d'avocats ou une société d'assurance, UNIQUEMENT si la personne concernée ou un mandataire autorisé consent à la divulgation dans la section 3. Le ministère exige des frais de traitement de 74 \$, qui doivent être joints au présent formulaire. Si le paiement n'est pas inclus, le formulaire sera retourné au tiers identifié à la section 2.

Le tiers doit envoyer le formulaire rempli et le paiement à l'adresse suivante :

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Bureau de la protection des renseignements personnels sur la santé
Assurance-santé de l'Ontario
49, Place d'Armes, 3^e étage
Kingston ON K7L 5J3

Si vous avez besoin de renseignements supplémentaires afin de remplir le présent formulaire ou si vous avez des questions, veuillez consulter le site Web du ministère à : http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/ohip/third_party/default.aspx

Section 1 - Demande de renseignements relatifs à l'historique des demandes de règlement

Les renseignements sont demandés au sujet de :

Nom (tel qu'il figure sur la carte Santé)		Prénom (tel qu'il figure sur la carte Santé)		Second prénom (tel qu'il figure sur la carte Santé)	
N° de carte Santé		Code de version	Date de naissance (aaaa/mm/jj)		

Période depuis moins de 7 ans sur laquelle porte les renseignements demandés relatifs à l'historique des demandes de règlement :

Date de début (aaaa/mm/jj)	Date de fin (aaaa/mm/jj)
----------------------------	--------------------------

Section 2 - Coordonnées du tiers qui demande les renseignements

Nom du demandeur			N° de dossier du demandeur		
Nom de la personne-ressource		Prénom de la personne-ressource		Courriel	
Adresse postale					
N° du bureau	N° municipal	Nom de la rue		C.P., Route rurale, poste restante	
Ville		Province	Code postale	Téléphone	

Section 3 - Signature du demandeur ou du mandataire

Le présent formulaire doit être signé et daté par la personne qui consent à la divulgation de ses renseignements relatifs à l'historique des demandes de règlement au tiers identifié à la section 2 ou par un mandataire autorisé indiqué ci-dessous. Toute modification ou correction du contenu du formulaire doit être paraphée par le demandeur ou son mandataire.

- Je suis le demandeur et je suis âgé de plus de 12 ans
- Je suis la mère ou le père ayant la garde du demandeur ou une personne légalement autorisée à donner son consentement au nom du demandeur qui est âgé de moins de 12 ans
- Je suis le tuteur de la personne ou des biens du demandeur ou j'exerce une procuration au nom du demandeur qui est un adulte incapable
- Le demandeur est décédé et je suis le fiduciaire testamentaire ou la personne qui est chargée de l'administration de la succession de la personne décédée et j'ai fourni une copie de la documentation requise

Nom		Prénom	
Signature		Date (aaaa/mm/jj)	

