

As of November 1, 2004, routine eye examinations for patients' age 20 to 64 years are no longer an insured service.

Patients with any one of the following medical conditions are eligible to **directly** access a "major eye exam" service and **do not** need this form completed in order to obtain this service from their eye care provider.

Diabetes mellitus, type 1 or 2	Glaucoma	Corneal disease	Cataract
Retinal disease	Strabismus	Visual field defects	Amblyopia

Patients with any other medical conditions affecting the eye may access a "major eye exam" service once every 12 months *upon recommendation by either a physician or a nurse practitioner working in a collaborative practice.*

A fee of \$10.00 (fee code E077) may be claimed for completing this request.

If you have a patient who requires a major eye exam service, please complete the following:

Section 1 – Patient Information

Name Last Name		First Name		Middle Name
Health Number		Version Code	Date of Birth	
			yyyy	mm dd
Address Apartment	Street Number and Name, or P.O. Box Number, R.R., General Delivery			
City	Province	Postal Code	Telephone No.	
	ON		()	

Section 2 – Patient Medical Condition

Please provide medical information explaining why this patient would require a major eye exam service once every 12 months.

Section 3 – Physician / Nurse Practitioner Information

Name Last Name		First Name		OHIP Billing Number	
Address Street / Box No.	Street Name			Unit	
City	Postal Code		Contact No.		
			()		

In providing my signature, I verify that the information contained on this requisition is true and accurate to the best of my knowledge.

Signature	Date
X	

Section 4 – Major Eye Exam Provider Information

Optometrist / Physician Name Last Name	First Name

*This requisition is valid until March 31, five fiscal years after the date of physician/nurse practitioner signature.
A new requisition form may be provided prior to this expiry date if the patient is seeking a major eye exam from a provider other than the one noted in section 4.*

À compter du 1^{er} novembre 2004, l'Assurance-santé de l'Ontario ne prendra plus en charge le coût des examens de routine de la vue des patients âgés de 20 à 64 ans.

Les patients atteints de l'un ou l'autre des troubles médicaux suivants peuvent avoir directement accès à un « examen complet de la vue » et ne sont pas tenus de faire remplir ce formulaire pour obtenir ce service de leur fournisseur de soins de la vue :

Diabète type 1 ou 2
Lésion rétinienne

Glaucome
Strabisme

Lésion cornéenne
Lacunes du champ visuel

Cataracte
Amblyopie

Les patients atteints d'un autre trouble médical affectant l'œil peuvent avoir accès à un « examen complet de la vue » une fois par année à la recommandation d'un médecin ou d'une infirmière ou d'un infirmier praticien travaillant dans un cabinet de groupe.

Des droits de 10 \$ (code de droits E077) peuvent être réclamés pour remplir cette demande.

Si un de vos patients a besoin d'un examen complet de la vue, veuillez fournir les renseignements suivants :

Section 1 – Coordonnées du patient

Nom		Nom de famille		Prénom		Second prénom	
Numéro de carte Santé				Version		Date de naissance	
						aaaa mm jj	
Adresse		N° d'appartement N° et rue, B.P., R.R. ou PR					
Ville			Province		Code postal		N° de téléphone
			ON				()

Section 2 – État de santé du patient

Veuillez fournir des renseignements médicaux justifiant un examen complet de la vue tous les douze mois pour ce patient.

Section 3 – Coordonnées du médecin ou de l'infirmière ou de l'infirmier praticien

Nom		Nom de famille		Prénom		N° de facturation de l'Assurance-santé de l'Ontario	
Adresse		Rue/casier postal Nom de la rue		Unité			
Ville		Code postal		Numéro de téléphone			
				()			

En apposant ma signature, j'atteste que l'information fournie dans cette demande est vraie et exacte à ma connaissance.

Signature

X

Date

Section 4 – Coordonnées du prestataire de l'examen complet de la vue

Nom de l'optométriste ou du médecin

Nom de famille

Prénom

Cette demande est valide jusqu'au 31 mars, cinq exercices après la date de signature du médecin ou de l'infirmière ou de l'infirmier praticien. Une nouvelle formule de demande sera fournie avant cette date d'expiration si le patient réclame un examen complet de la vue par un prestataire autre que celui mentionné à la section 4.