Retourner au HOOPP

HOOPP
Healthcare of Ontario
Pension Plan

Demande d'appel visant des prestations d'invalidité

Veuillez écrire lisiblement et la passer en revue avant de nous la retourner pour vous assurer que les renseignements fournis sont complets et exacts.

Section 1 : Renseignements sur le participant

Prénom

Nom de famille

NAS

Numéro de téléphone

Courriel

Section 2 : Déclaration du participant

Je, _____, désire en appeler de la décision du HOOPP de refuser ma demande de prestations d'invalidité et la présente constitue ma demande d'appel au HOOPP. Je reconnais et conviens que, dans le cadre de l'appel, AssessMed, fournisseur externe d'examens médicaux indépendants, va prendre un rendez-vous pour moi auprès d'un médecin examinateur indépendant et impartial, que AssessMed est un entrepreneur indépendant et qu'aux ins de mon appel et des examens médicaux indépendants, il n'est pas un mandataire du HOOPP.

J'autorise et ordonne (i) au HOOPP de fournir à AssessMed et (ii) à AssessMed de fournir au médecin examinateur indépendant désigné dans mon cas tous les renseignements médicaux qu'il a en dossier en ce qui a trait à mon état de santé; je consens à la divulgation de mes renseignements personnels et médicaux par le HOOPP et par AssessMed; et je renonce par les présentes à tous les droits que j'ai de contester ladite divulgation par le HOOPP ou par AssessMed.

Je comprends que AssessMed va prendre un rendez-vous pour moi a in que je subisse des examens médicaux indépendants; que AssessMed va communiquer avec moi pour entreprendre les autres démarches de la procédure d'appel, qui comprennent prendre un rendez-vous pour moi auprès d'un médecin examinateur indépendant. Je comprends qu'il incombera au HOOPP d'assumer le coût de l'examen médical indépendant, sauf si je ne me présente pas au rendez-vous

ou si je l'annule. Si AssessMed me facture le coût de l'examen parce que je ne me suis pas présentée au rendez-vous ou parce que je l'ai annulé, j'accepte la responsabilité du paiement du coût de l'examen. Je paierai ledit coût dès que le HOOPP m'aura envoyé la facture de AssessMed. De plus, je comprends qu'il n'incombera pas au HOOPP de payer mes frais de déplacement aller-retour. J'accepte la responsabilité du paiement de ces frais.

Je comprends que la décision du médecin examinateur indépendant est finale et liera le HOOPP et moi-même; et une fois la décision rendue, je n'aurai plus aucun recours en ce qui a trait à ma demande de prestations d'invalidité du HOOPP en suspens.

En signant la présente demande d'appel visant des prestations d'invalidité, je comprends, reconnais et accepte toutes les modalités qui s'appliquent au processus d'appel, telles que décrites ci-dessus.

Nom du participant (en caractères d'imprimerie)

Signature du participant

Date (mm / jj / aaaa)

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

Signature du témoin

Date (mm / jj / aaaa)

Adresse du témoin

Ville

Province

Code postal

Veuillez nous faire parvenir toute preuve médicale supplémentaire, non soumise auparavant au HOOPP, que vous considérez pertinente à votre demande de règlement et à la présente demande d'appel.

Healthcare of Ontario Pension Plan

1 York Street, Suite 1900
Toronto, Ontario M5J 0B6
hoopp.com

Tél. : 416-646-6445
Sans frais : 1-877-43HOOPP (46677)
Téléc. : 416-369-0225