

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 rendered by either an Optometrist or General Practitioner once every 12 months:

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 rendered by either an Optometrist or a General Practitioner once every 12 months *upon recommendation by either a physician or a nurse practitioner.*

A fee of \$10.00 (fee code E077) may be claimed for completing this request if you are a fee-for-service physician who is not presently remunerated under a payment program involving patient enrollment.

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 3.*

À compter du 1^{er} novembre 2004, les examens de routine de la vue des patients âgés de 20 à 64 ans ne constitueront plus un service assuré.

Les patients atteints de l'un ou l'autre des troubles médicaux suivants peuvent avoir **directement** accès à un « examen complet de la vue » effectué par un optométriste ou un omnipraticien tous les douze mois :

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 » effectué par un optométriste ou un omnipraticien tous les douze mois à la recommandation d'un médecin ou d'une infirmière ou d'un infirmier praticien.

Les médecins rémunérés selon la formule de rémunération à l'acte ne participant pas à un programme de traitement axé sur l'inscription des patients peuvent réclamer des droits de 10 \$ (code de droits E077) 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

Veillez 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	Date
X	

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 3.