

COMPTE DE DÉPENSES POUR SOINS SANTÉ
FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Vous devez utiliser ce formulaire pour demander un remboursement sous votre Compte de dépenses pour soins santé (CDSS), votre compte de frais pour soins santé (CFSS) ou votre compte de dépenses pour services de santé, pour les frais admissibles qui ne sont pas couverts (ou pas entièrement couverts), par votre régime de soins santé et dentaires.

N° d'identification Green Shield		N° d'identification alternatif		Date de naissance	
Nom de famille		Prénom		____/____/____ Année Mois Jour	
Adresse				Numéro de téléphone	
Ville		Province		Code postal	
				()	

Assurez-vous d'avoir tout d'abord présenté vos demandes de règlement à un régime provincial d'assurance-maladie ou à tout régime privé de soins santé auquel vous souscrivez (y compris un autre régime de Green Shield, régime du conjoint/de la conjointe, etc.).

Réclamez-vous le remboursement de tous les frais sous votre régime ?

Oui, veuillez traiter ma(mes) demande(s) sous mon compte.

Non, veuillez faire la coordination avec mon régime de Green Shield ou le régime de Green Shield de mon/ma conjoint(e).
 Autre numéro d'identification de Green Shield _____

REMBOURSEMENT DES FRAIS POUR SOINS SANTÉ (Inclure les reçus, ordonnances, etc.)

Description des frais	Date des frais	Nom	Lien avec l'employé(e) vous ou personne à charge	Montant
Remboursement total demandé				\$

En signant ce formulaire de demande de règlement et(ou) en envoyant les reçus originaux, je confirme, à ma connaissance, que les renseignements fournis sont complets et exacts. J'autorise Green Shield à échanger les renseignements avec d'autres parties, au besoin, et seulement lorsque ces renseignements sont nécessaires pour administrer cette demande de règlement de prestation et(ou) pour confirmer l'exactitude de ces renseignements.

Postez ce formulaire et les pièces jointes à :

GREEN SHIELD CANADA
 À l'attention du Compte de dépenses de soins santé
 C.P. 1606, Windsor (Ontario) N9A 6W1

Pour renseignements, communiquez avec notre CENTRE DU SERVICE À LA CLIENTÈLE, sans frais au 1-888-711-1119 ou au 519-739-1133

Sous réserve des limites de Revenu Canada et des règlements du régime, j'autorise Green Shield, par la présente, à porter la demande ci-dessus à mon compte de dépenses pour soins santé.

 Signature de l'employé(e)

Le patient/souscripteur assumera les coûts engagés à obtenir ces renseignements, s'il y a lieu.