

## SECTION 1 – INFORMATION DU MEMBRE DU RÉGIME

NUMÉRO D'IDENTIFICATION GREEN SHIELD CANADA		ADRESSE ÉLECTRONIQUE	
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	
ADRESSE		NOM DE LA SOCIÉTÉ	
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	

## SECTION 2 – DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Avez-vous d'autre couverture d'assurance collective qui pourrait inclure ces services comme prestations? OUI  NON

Si oui, veuillez fournir le nom de la compagnie d'assurance \_\_\_\_\_

Si l'autre couverture est souscrite auprès de Green Shield Canada, indiquez le numéro d'identification Green Shield Canada : \_\_\_\_\_

Souhaitez-vous coordonner cette demande de règlement avec votre autre couverture de Green Shield Canada? OUI  NON

**Voulez-vous coordonner cette demande de règlement avec votre compte de frais pour soins de santé (le cas échéant)?** OUI  NON

Le traitement est-il à la suite d'un accident automobile? OUI  NON  Si oui, date de l'accident (AA/MM/JJ) \_\_\_\_\_

Le traitement est-il requis à la suite d'une blessure reliée au travail? OUI  NON  Si oui, date de la blessure (AA/MM/JJ) \_\_\_\_\_

Si oui, n° de cas de CSPAA / CAT : \_\_\_\_\_

## SECTION 3 – DÉTAILS DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

NOM DU (DE LA) PATIENT(E) (Veuillez inclure le nom des patients avec reçus ci-joints)	N° DE PERSONNE À CHARGE (-00, -01, -02)	DATE DE NAISSANCE			NOM DU PROFESSIONNEL/ FOURNISSEUR et numéro de fournisseur (si disponible)	DATE DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT			TYPE DE DÉPENSE	MONTANT TOTAL FACTURÉ PAR VISITE/ARTICLE
		AN	MO	JOUR		AN	MO	JOUR		
<b>TOTAL DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT</b>										

## DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR MÉDICAMENT D'ORDONNANCE SEULEMENT :

### POUR FACILITER LE TRAITEMENT DES DEMANDES DE RÈGLEMENT :

- Veuillez prendre note que les reçus de caisse, les reçus de carte de crédit et / ou les fiches de débit ne suffisent pas. Les reçus officiels de pharmacie sont requis.
- Les reçus originaux doivent comprendre le nom du(de la) patient(e), la date de service, le numéro d'ordonnance, le nom du médicament, la quantité délivrée et le numéro d'identification du médicament (DIN).
- En cas de médicament injectable, veuillez fournir un reçu détaillé indiquant la quantité délivrée et le coût du médicament ainsi que les frais d'administration.

Si la demande de règlement est pour l'**EXTÉRIEUR DU PAYS**, veuillez fournir :

Nom du pays visité \_\_\_\_\_ Devise utilisée \_\_\_\_\_ Nom du médicament \_\_\_\_\_

## SECTION 4 – AUTORISATION

SIGNATURE DU (DE LA) MEMBRE DU RÉGIME \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

Je suis autorisé(e), par mon (ma) conjoint(e) ou les personnes à ma charge, à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet pour utilisation à cette fin. Il est entendu que ces renseignements peuvent être consultés par le titulaire de la carte.

En signant cette demande de règlement ou en soumettant des reçus, j'atteste que les renseignements fournis sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements que je fournis à Green Shield Canada à mon sujet et au sujet des personnes à ma charge seront utilisés par Green Shield Canada pour évaluer ma demande de règlement et pour fournir tous les autres services nécessaires à l'administration des garanties, ce qui peut comprendre l'échange de renseignements avec d'autres parties aux fins d'administration de la présente demande de règlement.

J'autorise en outre Green Shield Canada à obtenir des renseignements d'autres parties, comme les professionnels de la santé ou les assureurs, et à leur en transmettre, afin de vérifier l'exactitude de la ou des demandes de règlement soumises. Advenant des activités frauduleuses présumées relativement aux demandes de règlement soumises en mon nom ou au nom de mes personnes à charge, j'accepte que ces renseignements soient transmis aux parties intéressées, comme le promoteur de régime, les organismes de réglementation ou les organismes d'application de la loi.

## SECTION 5 – INSTRUCTIONS D'ENVOI (Voir au verso pour les directives de soumission des demandes de règlement)

TOUTES LES DEMANDES DE RÈGLEMENT DOIVENT ÊTRE REÇUES DANS LES 12 MOIS DE LA DATE DE SERVICE (à moins d'indication contraire dans la documentation de votre régime de prestations). **VEUILLEZ JOINDRE TOUTE LA CORRESPONDANCE ORIGINALE** et en conserver une copie pour vos dossiers étant donné que les originaux des reçus ne vous seront pas restitués. Envoyez votre demande de règlement à l'adresse correspondante ci-dessous (assurez-vous d'indiquer l'adresse complète sur l'enveloppe) :

SERVICES PROFESSIONNELS	ARTICLES MÉDICAUX	SOINS DE LA VUE ET HOSPITALISATION	MÉDICAMENT	AUTRES DEMANDES DE RÈGLEMENT
C.P. 1699 WINDSOR, ON N9A 7G6	C.P. 1623 WINDSOR, ON N9A 7B3	C.P. 1615 WINDSOR, ON N9A 7J3	C.P. 1652 WINDSOR, ON N9A 7G5	C.P. 1606 WINDSOR, ON N9A 6W1

Pour éviter les frais d'affranchissement supplémentaires, veuillez soumettre les demandes multiples dans une seule enveloppe à l'une des adresses ci-dessus. Si vous avez des doutes, choisissez l'adresse « AUTRES DEMANDES DE RÈGLEMENT ». CENTRE DE SERVICE À LA CLIENTÈLE 1 888 711-1119 ou 519 739-1133 [greenshield.ca](http://greenshield.ca)

## DIRECTIVES DE SOUMISSION DES DEMANDES DE RÈGLEMENT DE GREEN SHIELD CANADA

**Veillez téléphoner à notre Centre de service à la clientèle au 1 888 711-1119 si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire. Assurez-vous de toujours donner votre numéro d'identification Green Shield Canada au complet, y compris le suffixe (par ex. :00, 01, etc.).**

POUR LE TYPE DE PRESTATION (où applicable) :	TOUJOURS JOINDRE LES DOCUMENTS SUIVANTS AVEC LE FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT CI-DESSUS :
Soins auditifs (prothèses auditives)	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le nom du patient</li> <li>• les services et dates</li> <li>• le nom et l'adresse de l'audiologiste</li> <li>• la répartition des frais (par ex. : coûts d'acquisition, honoraires, moule)</li> </ul>
Médicaments d'ordonnance	Tous les reçus de médicaments d'ordonnance détaillés de votre pharmacien <b>Veillez prendre note que les reçus de caisse, les reçus de carte de crédit et / ou les fiches de débit ne suffisent pas. Les reçus officiels de pharmacie sont requis. Veuillez communiquer avec votre pharmacie pour obtenir un double exemplaire.</b>
Services professionnels (physiothérapeute, chiropraticien, massothérapeute, etc.)	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le nom du patient</li> <li>• la date et la nature de chaque traitement</li> <li>• les frais pour chaque service</li> </ul> <b>Une ordonnance ou une recommandation du médecin peut être exigée pour certains services professionnels.</b>
Équipement médical durable (incluant les prothèses)	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le nom du patient</li> <li>• une description détaillée de l'équipement</li> <li>• le nom et l'adresse du fournisseur</li> <li>• la date et les frais pour chaque service</li> </ul> <b>Une recommandation médicale/ordonnance du médecin et / ou une autorisation préalable pourraient être exigées pour certains équipements médicaux.</b>
Orthèses plantaires sur mesure	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le nom du patient</li> <li>• le nom et l'adresse du fournisseur</li> <li>• les frais pour le service</li> <li>• la technique de moulage</li> <li>• la date de prise de possession des orthèses</li> </ul> Une ordonnance comportant le diagnostic ainsi qu'un examen biomécanique ou une analyse de la démarche et une copie de la facture de laboratoire sont requises. La documentation susmentionnée est requise à moins d'indication contraire de votre promoteur de régime.
Hospitalisation	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le nom du patient</li> <li>• le nombre de jours en chambre à deux lits / à un lit</li> <li>• le tarif par jour</li> <li>• les dates d'admission et de congé</li> </ul>
Soins de la vue	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le nom du patient</li> <li>• une copie de l'ordonnance pour soins de la vue</li> <li>• la répartition des frais pour lentilles et montures</li> <li>• la date de réception ou de paiement intégral des lunettes</li> </ul>
Soins de santé complémentaires – Général	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le nom du patient</li> <li>• une description détaillée des services ou fournitures</li> <li>• le nom et l'adresse du fournisseur</li> <li>• la date et les frais pour chaque service</li> </ul> <b>Une recommandation médicale/ordonnance du médecin et / ou une autorisation préalable pourraient être exigées pour certains types de service ou fournitures.</b>
Hors de la province / du pays	Téléphonez au Service à la clientèle au 1 888 711-1119 pour des directives détaillées de soumission des demandes de règlement.
Soins infirmiers en service privé	Téléphonez au Service à la clientèle au 1 888 711-1119 pour des directives détaillées de soumission des demandes de règlement. <b>Une approbation préalable est requise pour toutes les demandes de règlement pour soins infirmiers</b> – Téléphonnez au Service à la clientèle pour les détails.