

SECTION 1 – INFORMATION DU MEMBRE DU RÉGIME

NUMÉRO ID 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 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 suite à un accident automobile? OUI NON Si oui, date de l'accident (AA/MM/JJ) _____

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

Si oui, WSIB / WCB cas n° : _____

SECTION 3 – DÉTAILS DE LA RÉCLAMATION

NOM DU(DE LA) PATIENT(E) (Veuillez inclure les noms des patients avec reçus ci-joints)	DÉP N°	DATE NAISSANCE			PROFESSIONNEL/ NOM DU FOURNISSEUR et numéro de fournisseur (si disponible)	DATE RÉCLAMATION			TYPE DE DÉPENSE	MONTANT TOTAL CHARGÉ PAR VISITE/ARTICLE
		AN	MO	JOUR		AN	MO	JOUR		
TOTAL RÉCLAMÉ										

RÉCLAMATION DE MÉDICAMENT SOUS ORDONNANCE SEULEMENT :

POUR FACILITER LE TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS :

- 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 contenir le nom du d(de la) patient(e), la date de service, le numéro Rx, le nom du médicament, la quantité délivrée et le numéro d'identification du médicament (DIN)
- Si injectable, veuillez fournir une ventilation de la quantité fournie, les coûts de médicaments et les frais d'administration.

Si la réclamation est de 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 _____

En signant ce formulaire de réclamation et/ou soumettant les reçus, j'indique que l'information fournie sur ce formulaire est complète et exacte. Je comprends que l'information que j'ai fournie à Green Shield Canada à mon sujet et à celui des personnes à charge, sera utilisée par Green Shield Canada pour l'attribution des réclamations et tous autres services nécessaires pour l'administration de nos prestations qui pourraient inclure l'échange d'information avec d'autres parties pour administrer cette réclamation. Je suis autorisé(e) par mon(ma) époux(se) et/ou mes personnes à charge de divulguer et recevoir de l'information à leur sujet qui sera utilisée à ces fins. Je comprends que cette information pourrait être vue par le(la) détenteur(trice) de carte.

SECTION 5 – INSTRUCTIONS D'ENVOI (Consultez le 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 plus bas (assurez-vous d'indiquer l'adresse complète sur l'enveloppe) :

SERVICES PROFESSIONNELS C.P. 1699 WINDSOR, ON N9A 7G6	ARTICLES MÉDICAUX C.P. 1623 WINDSOR, ON N9A 7B3	VISION ET ACCOMMODATION C.P. 1615 WINDSOR, ON N9A 7J3	MÉDICAMENT C.P. 1652 WINDSOR, ON N9A 7G5	AUTRES RÉCLAMATIONS 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 RÉCLAMATIONS ».

CENTRE DU SERVICE À LA CLIENTÈLE 1-888-711-1119 ou 519-739-1133

greenshield.ca

DIRECTIVES DE SOUMISSION DES DEMANDES DE RÈGLEMENT DE GREEN SHIELD CANADA

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

POUR LE TYPE DE PRESTATION (où applicable) :	TOUJOURS JOINDRE LES ITEMS SUIVANTS AVEC LE FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT CI-DESSUS :
Soins de l'ouïe (prothèses auditives)	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> ● le nom du patient ● les services et dates ● le nom et l'adresse de l'audiologiste ● la répartition des frais (par ex.: coûts d'acquisition, honoraires, moule)
Médicaments d'ordonnance	Tous les reçus de médicaments d'ordonnance détaillés de votre pharmacien 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.
Services professionnels (physiothérapie, chiropraticien, etc.)	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> ● le nom du patient ● la date et la nature de chaque traitement ● les frais pour chaque service Une ordonnance ou une référence du médecin peut être exigée pour certains services professionnels.
Équipement médical durable (incluant les prothèses)	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> ● le nom du patient ● une description détaillée de l'équipement ● le nom et l'adresse du fournisseur ● la date et les frais pour chaque service Une référence médicale/ordonnance de médecin et/ou une autorisation préalable pourrait être exigée pour certains équipements médicaux.
Orthèses plantaires sur mesure	Reçu détaillé indiquant <ul style="list-style-type: none"> ● le nom du patient ● le nom et l'adresse du fournisseur ● les frais pour le service ● la technique de moulage ● la date de prise de possession des orthèses 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"> ● le nom du patient ● le nombre de jours en chambre à deux lits/ à un lit ● le tarif par jour ● les dates d'admission et de congé
Soins de la vue	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> ● le nom du patient ● une copie de l'ordonnance pour soins de la vue ● une répartition des frais pour lentilles et montures ● date de réception ou de paiement intégral des lunettes
Soins de santé complémentaires - Général	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> ● le nom du patient ● une description détaillée des services ou fournitures ● le nom et l'adresse du fournisseur ● la date et les frais pour chaque service Une référence médicale/ordonnance de médecin et/ou une autorisation préalable pourrait être exigée pour certains types de services ou certaines fournitures.
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 particuliers	Téléphonez au service à la clientèle au 1-888-711-1119 pour des directives détaillées de soumission des demandes de règlement. Une approbation préalable est requise pour toutes les demandes de règlement pour soins infirmiers – Téléphonez au service à la clientèle pour les détails.