

**SERVICES DES DEMANDES DE RÈGLEMENT SPÉCIALES
FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR COÛT PLUS**



Directives à l'intention de l'administrateur

1. Le paiement sera effectué par Green Shield Canada sur réception de ce formulaire de demande de règlement dûment rempli et sera accompagné d'un chèque libellé à l'ordre de Green Shield Canada pour le montant de la (des) demande(s) de règlement, des frais administratifs de 10 % (minimum de 25,00 \$, maximum de 300,00 \$), la TPS/TVH et la TVP/TVQ applicables ainsi que les reçus de paiement et la documentation d'origine d'appui, tels que requis en conformité avec les lignes directrices de Revenu Canada.
2. La demande de règlement minimale devant être traitée est de 100,00 \$ par employé(e) et ce, en tout temps.
3. Le calcul de la taxe de vente provinciale dépend de la province où l'employé(e) détient un emploi.

Nom de l'employé(e) / membre de régime	N° identification Green Shield	Province où l'emploi est détenu
--	--------------------------------	---------------------------------

N° division de la facturation	Nom du client	
-------------------------------	---------------	--

Demandes de règlement pour soins médicaux/dentaires (inscrire des lignes supplémentaires au besoin)

Nom du membre de la famille	Relation avec le membre de régime	Date de naissance	Âge	Description de la demande de règlement	Date de la demande de règlement	Montant \$ de la demande de règlement - soins médicaux	Montant \$ de la demande de règlement - soins dentaires

Total des demandes de règlement pour soins médicaux / dentaires soumis

_____ (A) (B)

- Envoyer le paiement à l'adresse de l'employé(e) / membre de régime
- ou
- Envoyer le paiement à l'administrateur des demandes de règlement marqué **Confidentiel** à l'adresse de l'employeur
- ou

Directives spéciales :

Suite à la page suivante

Calcul du chèque

Inscrire le code de la province où est détenu l'emploi (i.e. ON, QC, NL)	(C)	_____
Inscrire le nom de la province émettant le chèque (i.e. ON, QC, NL)	(D)	_____
Total des demandes de règlement pour soins médicaux [(A) ci-dessus]	(A) - above	_____ \$
Total des demandes de règlement pour soins dentaires [(B) ci-dessus]	(B) - above	_____
Total des demandes de règlement (minimum de 100 \$ par employé(e)/souscripteur(trice))	(E) = (A+B)	===== \$
Frais administratifs à 10% [total des demandes de règlement(E) x 10 %, minimum de 25 \$, maximum de 300 \$]	(F)	_____
Total des demandes de règlement plus frais administratifs	(G) = (E + F)	===== \$
Taxe sur les primes de l'Ont Si (C) ci-dessus est en ON (G) X 2 %	(H)	_____
Autre taxe sur les primes basée sur (C) ci-de QC alors (G) X 3,48 % NL alors (G) X 5,0 %	(I)	_____
Taxe de vente provinciale de l'Ontario Si (C) ci-dessus est en ON alors (E) X 8 %	(J)	_____
Taxe de vente provinciale du Québec Si (C) ci-dessus est au QC alors (E) X 9 %	(K)	_____
Taxe de vente provinciale du Québec Si (D) ci-dessus est au QC alors (F + I) X 9,975 %	(L)	_____
TVH Basé sur (D) ci-dessus ON - 13 % (F + I) X Taux NB, NL, NS - 15 % PE - 14 %	(M)	_____
TPS Basé sur (D) ci-dessus AB, BC, MB, NT, QC, SK, YK (F + I) X 5 %	(N)	_____

Montant total dû à Green Shield Canada _____ \$

Avez-vous :
 inclus votre chèque au montant de _____ \$
 rempli la feuille de travail requise
 inclus les reçus / la documentation d'origine

 Date Signature de la personne autorisée Écrire le nom et le titre en lettres majuscules