



COMPTE DE DÉPENSES POUR SOINS SANTÉ FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉGLEMENT

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 ou soins dentaires.

No 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	

Bénéficiez-vous d'une autre couverture d'assurance collective qui peut comprendre ces services comme prestation? Oui Non

Si oui, indiquez le nom de l'autre compagnie d'assurance _____

Si l'autre couverture est Green Shield Canada, indiquez le numéro ID Green Shield Canada _____

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.).

Je désire que mes dépenses admissibles soient payées de mon régime de soins santé ou soins dentaires de Green Shield **en premier** et que toutes dépenses non remboursées admissibles soient payées de mon compte (CDSS).

Je désire que mes dépenses admissibles soient payées de mon régime de soins santé ou soins dentaires de Green Shield **en premier**, ensuite la portion non remboursée de mes dépenses admissibles à être payée de mon autre régime de Green Shield, numéro _____, et le cas échéant un solde impayé, à être remboursé de mon CDSS.

Je désire que mes dépenses admissibles soient payées directement de mon compte (CDSS).

NOTE: *Si aucune boîte n'a été cochée, nous rembourserons les demandes de règlement en fonction de la boîte 1.*

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

Description des frais	Date des frais	Nom	N° de la personne à charge	Montant
Remboursement total demandé				\$

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.

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 du membre de régime

Postez ce formulaire et les pièces jointes à: **GREEN SHIELD CANADA**
À l'attention du Compte de dépenses de soins santé

VEUILLEZ INDIQUER SUR L'ENVELOPPE

Service de médicaments, C.P. 1652, Windsor, ON N9A 7G5

Articles médicaux, C.P. 1623, Windsor, ON N9A 7B3

Soins de la vue et hôpital, C.P. 1615, Windsor, ON N9A 7J3

Services professionnels C.P. 1699, Windsor, ON N9A 7G6

Autres Reclamations C.P. 1606, Windsor, ON N9A 6W1

Service des soins dentaires, C.P. 1608, Windsor, ON N9A 7G1

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 RÉGLEMENT ».

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

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