

**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.
- 4 Envoyer le forfait pour coût plus à Green Shield Canada, C.P. 1606, Windsor, ON N9A 6W1, a/s de Comptabilité

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

N° de division de facturation	Nom du client	Province de la compagnie émettant le chèque à Green Shield Canada
-------------------------------	---------------	---

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

Nom du membre de la famille	Relation avec le membre du 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 du 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 (p. ex.. ON, QC, NL) (C) \_\_\_\_\_

Inscrire le nom de la province émettant le chèque (p. ex.. ON, QC, NL) (D) \_\_\_\_\_

Total des demandes de règlement pour soins médicaux [(A) ci-dessus] (A) - au dessus \_\_\_\_\_ \$

Total des demandes de règlement pour soins dentaires [(B) ci-dessus]		(B) - au dessus _____
Total des demandes de règlement (minimum de 100 \$ par employé(e) / membre du régime)		(E) = (A+B) _____ \$
<b>Frais administratifs à 10% [total des demandes de règlement(E) x 10 %, minimum de 25 \$, maximum de 300 \$]</b>		(F) _____
Total des demandes de règlement plus frais administratifs		(G) = (E + F) _____ \$
Taxe sur les primes de l'Ontario Si (C) ci-dessus est en ON (G) X 2 %		(H) _____
Autre taxe sur les primes basée sur (C) ci-dessus 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 %		
Taxe de vente provinciale du Québec Si (D) ci-dessus est au QC alors (F + I) X 9,975 %		(K) _____
TVH Basé sur (D) ci-dessus ON - 13 % (F + I) X Taux NB, NL, NS - 15 % PE - 14 %		(L) _____
TPS Basé sur (D) ci-dessus AB, BC, MB, NT, QC, SK, YK (F + I) X 5 %		(M) _____
<b>Montant total dû à Green Shield Canada</b>		_____ \$

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

\_\_\_\_\_  
 Date Signature de l'employé(e) / membre du régime

En signant cette demande de règlement ou en soumettant des reçus, j'atteste que les renseignements fournis sont, à ma connaissance, complets et exacts. J'autorise Green Shield Canada à échanger des renseignements avec d'autres parties, le cas échéant et seulement aux fins d'administration de la présente demande de règlement ou de confirmation de l'exactitude desdits renseignements.

\_\_\_\_\_  
 Date Signature de la personne autorisée Écrire le nom et le titre en lettres moulées