

Le formulaire de demande de règlement pour couverture en remplacement de l'assurance santé du gouvernement provincial (régime VS)

Assistance voyage de Green Shield Canada – Allianz Global Assistance
4273 Rue King Est, Kitchener (Ontario) N2P 2E9

Pour des renseignements concernant les demandes de règlement 1-800-363-1835

Comment présenter une demande de règlement

Services d'un médecin : Remplissez les parties 1, 2 et 7 de ce formulaire et postez-le à l'adresse ci-dessus.

Services hospitaliers : Remplissez les parties 1, 3 and 7 de ce formulaire et postez-le avec un **relevé détaillé** à l'adresse ci-dessus.

Laboratoire commercial : Remplissez les parties 1, 4 et 7 de ce formulaire et postez-le à l'adresse ci-dessus.

Services ambulanciers : Remplissez les parties 1, 5 et 7 de ce formulaire et postez-le à l'adresse ci-dessus.

Autres services : Remplissez les parties 1, 6 et 7 de ce formulaire et postez-le à l'adresse ci-dessus.

Partie 1 Renseignements sur le patient et le fournisseur

Renseignements sur le patient

Nom _____ Date de naissance _____

Adresse _____

N° d'identification Green Shield _____

Nom du groupe _____

Renseignements sur le fournisseur

N° du fournisseur _____

Nom _____

Adresse _____

N° de téléphone _____

Médecin Hôpital Laboratoire commercial

Ambulance Autre (veuillez préciser) _____

Partie 2 Honoraires du médecin (services au bureau, à domicile, dans une institution ou à l'hôpital)

Description du traitement administré	Code de diagnostic	Code d'évaluation	Date du traitement (an, mois, jour)	Montant total

Partie 3 Services hospitaliers (A - frais de clinique interne / frais de clinique externe / urgence)

	Date d'admission (an, mo, jr)	Date du congé (an, mo, jr)	Code de diagnostic	Type de chambre (actif/grave, chronique, réhab.)	Tarif par jour	Nbre de jours	Montant total
A							
B	Description du traitement administré			Code de diagnostic	Date du traitement (an, mois, jour)		Montant total

Partie 4 Laboratoire commercial / radiologie

Description du traitement administré	Code de service	Date du traitement (an, mois, jour)	Montant total

Partie 5 Services ambulanciers

Raison du déplacement en ambulance	Date du service	Lieu de départ de l'ambulance	Destination de l'ambulance	Montant total

Partie 6 Autres services

Description du traitement administré	Date du traitement (an, mois, jour)	Montant total

Partie 7 Autorisation et direction

Les services indiqués ci-dessus ont-ils été requis suite à un accident de la route? Oui Non

Les services indiqués ci-dessus ont-ils été requis suite à un accident de travail? Oui Non

Je déclare que le traitement indiqué ci-dessus a été administré et que tous les renseignements fournis sur ce formulaire sont exacts.

Les frais indiqués sur cette demande de règlement ont été acquittés au complet par le membre du régime. Veuillez verser le remboursement directement au membre du régime.

Je déclare que le traitement ci-dessus a été administré et j'autorise par la présente le paiement des services admissibles directement au fournisseur indiqué ci-dessus.

Signature du fournisseur N° désignation/enregistrement

Signature du fournisseur

Signature du patient/gardien légal

En signant ce formulaire de demande de règlement et/ou en envoyant les reçus originaux, je confirme que les renseignements indiqués sur ce formulaire sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements, que j'ai fournis à Green Shield Canada sur moi-même et mes personnes à charge, seront utilisés par Green Shield Canada pour l'évaluation des demandes de règlement et tous autres services nécessaires dans l'administration de nos prestations, qui pourraient inclure l'échange de renseignements avec d'autres intervenants dans le but d'administrer cette demande de règlement.

Mon(Ma) conjoint(e) et/ou mes personnes à charge m'autorise(nt) à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet, qui sont utilisés à ces fins. Je comprends que ces renseignements pourraient être vus par le détenteur de la carte.

Le patient/membre du régime assumera les coûts engagés à obtenir ces renseignements, s'il y a lieu.
Vous devez nous soumettre toute demande de règlement dans les 12 mois suivant la date de service (à moins d'indication contraire dans votre documentation du régime de prestations)

Claim Form for Government Health Insurance
Replacement Coverage FR (Rev. 2011-09)