

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR LES APPAREILS MÉDICAUX

VEUILLEZ UTILISER UN FORMULAIRE POUR CHAQUE PRATICIEN ET POUR CHAQUE PATIENT. PRIÈRE DE NE PAS UTILISER CE FORMULAIRE POUR LES PROTHÈSES DES PIEDS FAITES SUR MESURE OU LES CHAUSSURES FAITES SUR MESURE.

Vous pouvez vous procurer des formulaires supplémentaires à notre site web au www.greenshield.ca

FOURNISSEUR		PATIENT		
NUMÉRO DE FOURNISSEUR DE GREEN SHIELD POUR LE PRATICIEN	N° DE TÉLÉPHONE DU FOURNISSEUR ()	N° D'IDENTIFICATION DE GREEN SHIELD	N° Dép	NOM DE LA COMPAGNIE
NOM DU PRATICIEN		NOM DE FAMILLE PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE ____/____/____ AA MM JJ
ADRESSE		ADRESSE		
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	VILLE	PROVINCE
				CODE POSTAL

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.

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.

APPAREILS MÉDICAUX FOURNIS	AA	MM	JJ	TAXE INCL. O OU N	FRAIS
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
TOTAL					

Une ordonnance ou autorisation du médecin pourrait être requise afin de compléter le traitement de cette demande de règlement.

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. _____

LE TRAITEMENT EST-IL REQUIS SUITE À UN ACCIDENT DE VÉHICULE AUTOMOBILE ? OUI NON DATE DE L'ACCIDENT _____

LE TRAITEMENT EST-IL REQUIS SUITE À UNE BLESSURE LIÉE AU TRAVAIL ? OUI NON

LE TRAITEMENT EST-IL LIÉ A UNE RECLAMATION AUPRES DE LA CSPAA (OU) CSSTQ OUI NON DATE DE LA BLESSURE _____

J'ATTESTE QUE J'AI FOURNI LES APPAREILS MÉDICAUX DÉCRITS CI-DESSUS ET QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS INDIQUÉS SUR CE FORMULAIRE SONT PRÉCIS.

SIGNATURE DU FOURNISSEUR _____ N° D'ENREGISTREMENT, RÉFÉRENCES PROFESSIONNELLES ET ASSOCIATION _____

J'ATTESTE QUE J'AI REÇU LES APPAREILS MÉDICAUX PRÉCITÉS.

SIGNATURE DU PATIENT / MEMBRE DU RÉGIME _____

LES FRAIS INDIQUÉS SUR CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT ONT ÉTÉ PAYÉS AU COMPLET PAR LE MEMBRE DU RÉGIME. VEUILLEZ REMBOURSER DIRECTEMENT LE MEMBRE DU RÉGIME.

J'atteste que j'ai reçu les articles médicaux précités et j'autorise par la présente que le fournisseur nommé ci-dessus soit payé directement.

SIGNATURE DU FOURNISSEUR _____ SIGNATURE DU PATIENT / MEMBRE DU RÉGIME _____

LE PATIENT/MEMBRE DU RÉGIME ASSUMERA LES COÛTS ENGAGÉS À OBTENIR CES RENSEIGNEMENTS, S'IL Y A LIEU. VOUS DEVEZ NOUS SOUMETTRE TOUTES LES DEMANDES DE RÈGLEMENT DANS LES 12 MOIS SUIVANT LA DATE DE SERVICE (À MOINS D'INDICATION CONTRAIRE DANS VOTRE DOCUMENTATION DU RÉGIME DE PRESTATIONS).

VEUILLEZ JOINDRE TOUS LES REÇUS DE PAIEMENT D'ORIGINE, LES ORDONNANCES ET LES FORMULAIRES D'AUTORISATION
Veillez garder des copies pour vos dossiers, puisque les reçus d'origine ne seront pas retournés.

GREEN SHIELD CANADA
C.P. 1623, Windsor (Ontario) N9A 7B3
À l'attention du SSC
CENTRE DU SERVICE À LA CLIENTÈLE 1-888-711-1119 ou (519) 739-1133