FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR COMPTE DE DÉPENSES PERSONNELLES / COMPTE DE BIEN-ÊTRE IMPOSABLE

Il faut utiliser le présent formulaire lorsque vous faites une demande de règlement concernant votre compte de dépenses personnelles (CDP). Ceci n'est pas un formulaire pour le compte de frais pour soins de santé (CFSS). Veuillez n'utiliser qu'un formulaire par personne.

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DU PATIENT

NUMÉRO D'IDENTIFICATION GREEN SHIELD CANADA		
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE (AA/MM/JJ)
ADRESSE		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL

Veuillez noter que les dépenses admises se limitent aux prestations précisément comprises dans votre contrat. Veuillez consulter votre livret des prestations pour plus de précisions concernant la couverture. Les prestations versées par votre CDP sont imposables. Les paiements seront imposés selon l'année dans laquelle les demandes de règlement ont été *traitées* et non selon l'année où les dépenses ont été encourues.

SECTION 2 – DÉTAILS DE LA DEMANDE

DESCRIPTION DES DÉPENSES	DATE DES DÉPENSES AA	MM	JJ	NOM	RELATION À L'EMPLOYÉ(E)	MONTANT
					TOTAL	$

SECTION 3 – AUTORISATION

SOUS RÉSERVE DES LIMITES, RÈGLES ET RÈGLEMENTS DU RÉGIME, J'AUTORISE, PAR LA PRÉSENTE, GREEN SHIELD CANADA À FACTURER LA DEMANDE CI-DESSUS À MON COMPTE DE DÉPENSES PERSONNELLES.

SIGNATURE DU MEMBRE DU RÉGIME _____ DATE _____

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 règlementation ou les organismes d'application de la loi.

SECTION 4 – INSTRUCTIONS D'ENVOI

VEUILLEZ JOINDRE TOUS LES REÇUS ORIGINAUX et en garder copie pour vos dossiers étant donné qu'ils ne vous seront pas retournés.
LE PATIENT/ MEMBRE DU RÉGIME ASSUMERA LES COÛTS ENGAGÉS POUR L'OBTENTION DE CES RENSEIGNEMENTS, S'IL Y A LIEU.

ADRESSE POSTALE :
Green Shield Canada
C.P. 1699, Windsor (Ontario) N9A 7G6
a/s : Compte de dépenses personnelles

CENTRE DU SERVICE À LA CLIENTÈLE 1 888 711-1119 ou 519 739-1133
greenshield.ca