



# Formulaire de demande de règlement pour les services d'un(e) I.A., I.A.A., A.I.A., travailleur de soutien personnel

<b>N° de Green Shield</b>			<b>N° du fournisseur</b>		
<b>Nom du patient</b>		<b>Initiale</b>	<b>Registre d'infirmiers(ières)</b>		
<b>Adresse</b>			<b>Adresse</b>	<b>Ville</b>	<b>Province</b>
<b>Ville</b>	<b>Province</b>	<b>Code postal</b>	<b>Code postal</b>		<b>N° de téléphone</b>

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 à une réclamation auprès de la CSPAAT (ou) CSSTQ ? Oui  Non  Date de la blessure \_\_\_\_\_

Les services ont été rendus par un(e) I.A.  I.A.A./A.I.A.  travailleur de soutien personnel  pédicure par I.A./A.I.A.   
au cours de la semaine du dimanche \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ ou samedi \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ selon l'horaire suivant :

DATE	Heures travaillées (indiquez avant ou après-midi)				Tarif Horaire	Nombre d'heures	Montant total par quart de travail	Nom de l'individu fournissant les services	Numéro d'enregistrement (si applicable)
	A.M.	P.M.		A.M.					
Dimanche			à						
Lundi			à						
Mardi			à						
Mercredi			à						
Jeudi			à						
Vendredi			à						
Samedi			à						
Dimanche			à						
Lundi			à						
Mardi			à						
Mercredi			à						
Jeudi			à						
Vendredi			à						
Samedi			à						

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.

Je déclare que le traitement indiqué 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. Veuillez verser le remboursement directement au membre du régime.

Je déclare que le traitement ci-dessus a été administré. Veuillez verser le paiement au fournisseur indiqué ci-dessus.

Signature du responsable du registre d'infirmiers(ières)

Signature du responsable du registre d'infirmiers(ières)

Signature du patient/gardien légal

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).

VEUILLEZ POSTER À : **GREEN SHIELD CANADA**  
C.P. 1606, WINDSOR (ONTARIO) N9A 6W1  
ATTENTION : SERVICES SSC

**SERVICE À LA CLIENTÈLE 1-888-711-1119 ou (519) 739-1133**