

**POUR LES DEMANDES EXIGEANT
UN FORMULAIRE, VEUILLEZ
COMMUNIQUER AVEC NOTRE
CENTRE DU SERVICE
À LA CLIENTÈLE :**
Équipement et fournitures pour les services
de santé complémentaires, soins de la vue,
hôpital, maison de soins infirmiers

Déclaration obligatoire

Bénéficiez-vous d'une autre couverture d'assurance collective qui peut comprendre cette demande comme avantage ?

Oui _____ Non _____

Si oui, indiquez le nom de l'autre assureur :

Si l'autre couverture est fournie par Green Shield, indiquez le N° d'identification Green Shield :

Soumettez les copies du relevé de l'autre assureur et les copies des reçus correspondants.

Les demandes ci-jointes sont-elles reliées à :
1. Un accident du travail ? Oui ___ Non ___
2. Un accident de la route ? Oui ___ Non ___
Si oui indiquez la date de l'accident

VEUILLEZ INDIQUER SUR L'ENVELOPPE-RÉPONSE -

À L'ATTENTION DU/DES :

- Service de médicaments, C.P. 1652, Windsor, ON N9A 7G5
- Services professionnels, C.P.1699, Windsor, ON N9A 7G6
- Articles médicaux, C.P.1623, Windsor, ON N9A 7B3
- Service hors du pays, C.P. 1606, Windsor, ON N9A 6W1
- Soins de la vue et hôpital, C.P. 1615, Windsor, ON N9A 7J3
- Service des soins dentaires, C.P.1608, Windsor, ON N9A 7G1

CENTRE DU SERVICE À LA CLIENTÈLE

1 888 711-1119

Nom de famille du souscripteur
incluant nom alternatif, si pertinent

Nom de l'employeur ou de la compagnie

N° d'identification Green Shield

Prénom du (de la) patient(e)

Date de naissance
Année Mois Jour

Veillez indiquer seulement
le nom du patient dont les
reçus sont annexés

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Pays _____

Code postal N° de téléphone - -

**VEUILLEZ INCLURE LES REÇUS
ORIGINAUX**

Signature du souscripteur

En signant ce formulaire de demande de règlement et(ou) en soumettant ces reçus réels, je reconnais que, au meilleur de ma connaissance, les renseignements fournis sont exacts et complets. J'autorise Green Shield Canada à échanger des renseignements avec des tiers, selon ce qui est nécessaire et uniquement lorsque ces renseignements sont nécessaires, afin d'administrer la demande de prestation et(ou) de confirmer l'exactitude de ces renseignements



découpez le long des pointillés

DIRECTIVES DE SOUMISSION DES DEMANDES DE RÈGLEMENT DE GREEN SHIELD CANADA

Veillez téléphoner à notre Centre du service à la clientèle au 1-888-711-1119 si vous avez besoin d'aide à remplir ce formulaire. Assurez-vous de toujours donner votre numéro d'identification de Green Shield au complet, y compris le suffixe (par ex. :00, 01, etc.)

POUR LE TYPE DE PRESTATION :	TOUJOURS JOINDRE LES ITEMS SUIVANTS AVEC LE FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT CI-DESSUS :
Soins de l'ouïe (prothèses auditives)	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> • le nom du patient • les services et dates • le nom et l'adresse de l'audiologiste • la répartition des frais (par ex. : coûts d'acquisition, honoraires, moule)
Médicaments d'ordonnance	Tous les reçus de médicaments d'ordonnance détaillés de votre pharmacien *Veillez prendre note que les reçus de caisse ou les reçus de carte de crédit seuls ne sont pas acceptés.
Services paramédicaux (physiothérapie, chiropraticien, etc.)	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> • le nom du patient • la date et la nature de chaque traitement • les frais pour chaque service *La première demande de règlement pour la massothérapie doit inclure une recommandation par écrit du médecin.
Équipement médical durable (incluant les prothèses ou orthèses)	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> • le nom du patient • une description détaillée de l'équipement • le nom et l'adresse du fournisseur • la date et les frais pour chaque service *Certain équipement médical pourrait nécessiter la recommandation du médecin - téléphonez à Green Shield pour plus de détails.
Hospitalisation	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> • le nom du patient • le nombre de jours en chambre à deux lits/ à un lit • le tarif par jour • les dates d'admission et de congé
Soins de la vue	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> • le nom du patient • une copie de l'ordonnance pour soins de la vue pour la première demande de règlement • une répartition des frais pour lentilles et montures • la date à laquelle les lunettes ont été ramassées
Soins de santé complémentaires - Général	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> • le nom du patient • une description détaillée des services ou fournitures • le nom et l'adresse du fournisseur • la date et les frais pour chaque service * Une recommandation médicale peut être requise pour certains services ou articles.
Hors de la province/du pays	Téléphonez au service à la clientèle au 1-888-711-1119 pour des directives détaillées de soumission des demandes de règlement.
Soins infirmiers particuliers	Téléphonez au service à la clientèle au 1-888-711-1119 pour des directives détaillées de soumission des demandes de règlement. * Une approbation préalable est requise pour toutes les demandes de règlement pour soins infirmiers - Téléphonez au service à la clientèle pour les détails.