

## Formulaire de demande de règlement pour les services professionnels de la santé connexes

Codes professionnels \* Pourrait ne pas s'appliquer à tous les membre du régimes de Green Shield Canada. Podologue Massothérapeute autorisé \* 9 Acupuncture Massothérapeute en Shiatsu \* Physiologiste en musculature \* Pédicure Psychologue clinicien \* 10 Ostéopathe Ergothérapeute Conseiller 18 Chiropraticien Naturopathe 11 Diététicien \* 15 Homéopathe Autres - veuillez préciser Physiothérapeute \* Orthophoniste/pathologiste\* 12 Thérapeute en sport certifié\* Praticien en science chrétienne

\* L'AUTORISATION DU MÉDECIN PEUT ÊTRE REQUISE POUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT INITIALE POUR LES CODES PROFESSIONNELS 4, 5, 8, 11, 12, 13, 17 REMARQUE : Ce formulaire est utilisé <u>seulement</u> pour les services ou les traitements et non pour les fournitures médicales. Veuillez utiliser ce formulaire pour chaque praticien ainsi que pour chaque patient.

Fournisseur							Patient				
Numéro de fournisseur de Green Shield pour le praticien N° de					N° de téléphone du fournisseur			de patient de Green Shield	Dép No	Nom de la compagnie	
			rofessionnel - Veuillez préciser tez ci-dessus)				Nom de famille Prénom Date de naissance  AA MM JJ				
Adresse							Ad	Adresse			
Ville Prov.			Code postal				le	Prov.	Code postal		
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 a 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.  Présentez une demande de règlement seulement pour les services rendus une fois que le montant maximal du régime provincial ait été épuisé (si pertinent).											
Date de	Traitement rendu	ine provi		AA N	/M JJ			Dánáficiaz vous d'una outra es	uvartura d'accurance	collective qui pout comprandre cette	
	(Nbre d'heures, si pertinent)	An	Мо	Jr	Taxe incl. O ou N	Frais \$		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 compagnie d'assurance  Si l'autre protection est offerte par Green Shield, indiquez le numéro d'identification.  Le traitement est-il requis suite à un accident de véhicule automobile ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, date de l'accident ☐ Le traitement est-il requis suite à une blessure liée au travail ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, date de la blessure ☐ Si oui, WSIB / WCB cas n°: ☐ J'atteste que le traitement décrit ci-dessus a été effectué par moi et tous les renseignements indiqués sur ce formulaire sont précis.			
1. 2.											
3.											
4.											
5.											
6. 7.											
8.								Signature du fournisseur	N	o d'enregistrement	
9.								J 'atteste que les traitements précités ont été rendus.			
10.								Signature du patient			
11.								Les frais indiqués sur cette demande de J'atteste que le traitement ci-dessus			
12.								règlement ont été payés au le membre du régime. Veu	a été rendu et j'autorise par la présente que le fournisseur nommé ci-dessus soit payé directement		
13.								rembourser directement le membre du ci-dessus soit payé directement. régime.			
14.											
TOTAL Signature du fournisseur Signature du patient  Diagnostic du patient											

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 (á moins d'indication contraire dans votre documentation du régime de prestations)

IL N'EST PAS NÉCESSAIRE DE JOINDRE LES FACTURES OU LES REÇUS À CE FORMULAIRE SI LE FOURNISSEUR DE SERVICE LE REMPLIT EN ENTIER

## GREEN SHIELD CANADA

C.P. 1699, Windsor (Ontario) N9A 7G6