

# FORMULAIRE GÉNÉRAL DE SOUMISSION DE RÉCLAMATION

## SECTION 1 – INFORMATION DU MEMBRE DU RÉGIME

NUMÉRO ID GREEN SHIELD CANADA		ADRESSE ÉLECTRONIQUE	
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	
ADRESSE		NOM DE LA SOCIÉTÉ	
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	

## SECTION 2 – DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Avez-vous d'autre couverture d'assurance collective qui pourrait inclure ces services comme prestations? OUI ☐ NON ☐

Si oui, veuillez fournir le nom de la compagnie d'assurance \_\_\_\_\_

Si l'autre couverture est souscrite auprès de Green Shield Canada, indiquez le numéro d'identification Green Shield Canada : \_\_\_\_\_

Souhaitez-vous coordonner cette demande de règlement avec votre autre couverture Green Shield Canada? OUI ☐ NON ☐

**Voulez-vous coordonner cette demande de règlement avec votre compte de frais pour soins de santé (le cas échéant)?** OUI ☐ NON ☐

Le traitement est-il suite à un accident automobile? OUI ☐ NON ☐ Si oui, date de l'accident (AA/MM/JJ) \_\_\_\_\_

Le traitement est-il requis à cause d'une blessure reliée au travail? OUI ☐ NON ☐ Si oui, date de la blessure (AA/MM/JJ) \_\_\_\_\_

Si oui, WSIB / WCB cas n° : \_\_\_\_\_

## SECTION 3 – DÉTAILS DE LA RÉCLAMATION

NOM DU(DE LA) PATIENT(E) (Veuillez inclure les noms des patients avec reçus ci-joints)	N° DE PERSONNE À CHARGE (-00, -01, -02)	DATE NAISSANCE			PROFESSIONNEL/ NOM DU FOURNISSEUR et numéro de fournisseur (si disponible)	DATE RÉCLAMATION			TYPE DE DÉPENSE	MONTANT TOTAL CHARGÉ PAR VISITE/ARTICLE
		AN	MO	JOUR		AN	MO	JOUR		
TOTAL RÉCLAMÉ										

## RÉCLAMATION DE MÉDICAMENT SOUS ORDONNANCE SEULEMENT :

### POUR FACILITER LE TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS :

- Veuillez prendre note que les reçus de caisse, les reçus de carte de crédit et / ou les fiches de débit ne suffisent pas. Les reçus officiels de pharmacie sont requis.
- Les reçus originaux doivent contenir le nom du d(e) la patient(e), la date de service, le numéro Rx, le nom du médicament, la quantité délivrée et le numéro d'identification du médicament (DIN)
- Si injectable, veuillez fournir une ventilation de la quantité fournie, les coûts de médicaments et les frais d'administration.

Si la réclamation est de l'**EXTÉRIEUR DU PAYS**, veuillez fournir.

Nom du pays visité \_\_\_\_\_ Devise utilisée \_\_\_\_\_ Nom du médicament \_\_\_\_\_

## SECTION 4 - AUTORISATION

SIGNATURE DU(DE LA) 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 réglementation ou les organismes d'application de la loi.

## SECTION 5 – INSTRUCTIONS D'ENVOI (Consultez le verso pour les directives de soumission des demandes de règlement)

TOUTES LES DEMANDES DE RÉGLEMENT DOIVENT ÊTRE REÇUES DANS LES 12 MOIS DE LA DATE DE SERVICE... (à moins d'indication contraire dans la documentation de votre régime de prestations). **VEUILLEZ JOINDRE TOUTE LA CORRESPONDANCE ORIGINALE** et en conserver une copie pour vos dossiers étant donné que les originaux des reçus ne vous seront pas restitués. Envoyez votre demande de règlement à l'adresse correspondante plus bas (assurez-vous d'indiquer l'adresse complète sur l'enveloppe) :

<b>SERVICES PROFESSIONNELS</b> C.P. 1699 WINDSOR, ON N9A 7G6	<b>ARTICLES MÉDICAUX</b> C.P. 1623 WINDSOR, ON N9A 7B3	<b>VISION ET ACCOMMODATION</b> C.P. 1615 WINDSOR, ON N9A 7J3	<b>MÉDICAMENT</b> C.P. 1652 WINDSOR, ON N9A 7G5	<b>AUTRES RÉCLAMATIONS</b> C.P. 1606 WINDSOR, ON N9A 6W1
---	---	---	--	---

Pour éviter les frais d'affranchissement supplémentaires, veuillez soumettre les demandes multiples dans une seule enveloppe à l'une des adresses ci-dessus. Si vous avez des doutes, choisissez l'adresse « AUTRES RÉCLAMATIONS ». CENTRE DU SERVICE À LA CLIENTÈLE 1-888-711-1119 ou 519-739-1133 greenshield.ca

## 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 Canada au complet,  
y compris le suffixe (par ex. :00, 01, etc.)**

<b>POUR LE TYPE DE PRESTATION (où applicable) :</b>	<b>TOUJOURS JOINDRE LES ITEMS SUIVANTS AVEC LE FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT CI-DESSUS :</b>
Soins de l'ouïe (prothèses auditives)	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le nom du patient</li> <li>• les services et dates</li> <li>• le nom et l'adresse de l'audiologiste</li> <li>• la répartition des frais (par ex.: coûts d'acquisition, honoraires, moule)</li> </ul>
Médicaments d'ordonnance	Tous les reçus de médicaments d'ordonnance détaillés de votre pharmacien <b>Veillez prendre note que les reçus de caisse, les reçus de carte de crédit et / ou les fiches de débit ne suffisent pas. Les reçus officiels de pharmacie sont requis. Veuillez communiquer avec votre pharmacie pour obtenir un double exemplaire.</b>
Services professionnels (physiothérapie, chiropraticien, etc.)	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le nom du patient</li> <li>• la date et la nature de chaque traitement</li> <li>• les frais pour chaque service</li> </ul> <b>Une ordonnance ou une référence du médecin peut être exigée pour certains services professionnels.</b>
Équipement médical durable (incluant les prothèses)	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le nom du patient</li> <li>• une description détaillée de l'équipement</li> <li>• le nom et l'adresse du fournisseur</li> <li>• la date et les frais pour chaque service</li> </ul> <b>Une référence médicale/ordonnance de médecin et/ou une autorisation préalable pourrait être exigée pour certains équipements médicaux.</b>
Orthèses plantaires sur mesure	Reçu détaillé indiquant <ul style="list-style-type: none"> <li>• le nom du patient</li> <li>• le nom et l'adresse du fournisseur</li> <li>• les frais pour le service</li> <li>• la technique de moulage</li> <li>• la date de prise de possession des orthèses</li> </ul> Une ordonnance comportant le diagnostic ainsi qu'un examen biomécanique ou une analyse de la démarche et une copie de la facture de laboratoire sont requises La documentation susmentionnée est requise à moins d'indication contraire de votre promoteur de régime
Hospitalisation	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le nom du patient</li> <li>• le nombre de jours en chambre à deux lits/ à un lit</li> <li>• le tarif par jour</li> <li>• les dates d'admission et de congé</li> </ul>
Soins de la vue	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le nom du patient</li> <li>• une copie de l'ordonnance pour soins de la vue</li> <li>• une répartition des frais pour lentilles et montures</li> <li>• date de réception ou de paiement intégral des lunettes</li> </ul>
Soins de santé complémentaires - Général	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le nom du patient</li> <li>• une description détaillée des services ou fournitures</li> <li>• le nom et l'adresse du fournisseur</li> <li>• la date et les frais pour chaque service</li> </ul> <b>Une référence médicale/ordonnance de médecin et/ou une autorisation préalable pourrait être exigée pour certains types de services ou certaines fournitures.</b>
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. <b>Une approbation préalable est requise pour toutes les demandes de règlement pour soins infirmiers</b> – Téléphonez au service à la clientèle pour les détails.