

Veillez utiliser ce formulaire pour chaque praticien ainsi que pour chaque patient. Il n'est pas nécessaire de joindre les factures ou les reçus à ce formulaire si le fournisseur le remplit en entier.

SECTION 1 – INFORMATION DU MEMBRE DU RÉGIME			INFORMATION DU FOURNISSEUR		
N° Green Shield	Nom de l'employeur		Numéro d'identification	N° téléphone ( )	
Nom de famille	Prénom	Date de naissance AA/MM/JJ	Nom du fournisseur		
Adresse			Adresse		
Ville	Prov.	Code postal	Ville	Prov.	Code postal

### SECTION 2 – DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Possédez-vous toute autre protection pour les soins de la vue ? Oui  Non

Si oui, veuillez indiquer le nom de l'assureur ou du régime \_\_\_\_\_ ET veuillez inclure soit une copie du relevé détaillé de paiement déboursé ou leur lettre de refus

Si l'autre couverture est Green Shield Canada, indiquez le numéro ID Green Shield Canada : \_\_\_\_\_

Le traitement est-il suite à un accident d'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

Le traitement est-il lié à une réclamation auprès de la CSPAA (ou) CS OUI  NON  Date de la blessure (AA/MM/JJ) \_\_\_\_\_

### SECTION 3a– DÉTAILS DE LA RÉCLAMATION POUR L' EXAMEN DE VUE (SEULEMENT SI INCLUS AVEC LA RÉCLAMATION)

EXAMEN DE VUE	NUMÉRO DE FOURNISSEUR	NOM DE L'OPTOMÉTRISTE, L'ADRESSE ET NO.TÉLÉPHONE
ANNÉE MOIS JOUR		
MONTANT \$	PAYÉ LE MEMBRE DU RÉGIME <input type="checkbox"/>	
	PAYÉ LE FOURNISSEUR <input type="checkbox"/>	

### SECTION 3b– DÉTAILS DE LA RÉCLAMATION POUR LES LUNETTES

FRAIS \$	DATE DE RÉCEPTION OU DE PAIEMENT INTÉGRAL DES LUNETTES:				
MONTURE	ANNÉE MOIS JOUR				
LENTILLES POUR LUNETTES	SPHÈRE	CYLINDRE	AXE	PRISME	Doit être rempli par le fournisseur dans tous les cas : <input type="checkbox"/> Nouvelle ordonnance <input type="checkbox"/> Lunettes protectrices <input type="checkbox"/> Lentilles seulement <input type="checkbox"/> Demande de règlement post-cataracte
LENTILLES CORNÉENNES	D				
FRAIS	G				
DIVERS 1. _____ 2. _____	BIFOCAL	BIFOCAL PROGRESSIVE	TRIFOCAL	TEINTE Couleur et #	Si oui, le patient a-t-il un implant du cristallin ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
TOTAL	D	D	D		
MONTANT PAYÉ PAR LE PATIENT	G	G	G		
SOLDE À ÊTRE PAYÉ PAR LE PATIENT	Lentilles cornéennes : A) L'acuité visuelle peut-elle être restaurée à au moins 20/70 dans le meilleur oeil avec des lunettes conventionnelles ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON B) L'acuité visuelle peut-elle être restaurée à au moins 20/40 dans le meilleur oeil avec des lunettes conventionnelles ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON C) Sont-elles nécessaires, du point de vue médical, en raison du kératoconus, de l'astigmatisme irrégulier ou d'une courbe irrégulière de la cornée ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				

### SECTION 4 - AUTORISATION

JE RECONNAIS QUE LES FRAIS INDICUÉS SUR CETTE DEMANDE DE RÉGLEMENT PEUVENT NE PAS ÊTRE COUVERTS PAR OU PEUVENT DÉPASSER LES PRESTATIONS PRÉVUES DANS MON CONTRAT. JE RECONNAIS QUE JE SUIS FINANCIÈREMENT RESPONSABLE ENVERS MON FOURNISSEUR DU COÛT DE CES SERVICES.

SIGNATURE DU PATIENT OU PARENT/TUTEUR \_\_\_\_\_

LES FRAIS INDICUÉS SUR CETTE DEMANDE DE RÉGLEMENT ONT ÉTÉ PAYÉS AU COMPLET PAR LE MEMBRE DU RÉGIME. VEUILLEZ PAYER LE MEMBRE DU RÉGIME POUR LES FRAIS ADMISSIBLES.	(REMPLIR CETTE SECTION SEULEMENT À LA DATE DE LA CUEILLETTE ET SEULEMENT SI CE FORMULAIRE EST REMPLI.) JE CÈDE PAR LA PRÉSENTE MES PRESTATIONS PAYABLES EN VERTU DE CETTE DEMANDE DE RÉGLEMENT AU FOURNISSEUR SUSMENTIONNÉ ET J'AUTORISE QU'ELLES LUI SOIENT DIRECTEMENT VERSÉES.
SIGNATURE DU FOURNISSEUR _____	SIGNATURE DU PATIENT OU PARENT/TUTEUR _____

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 5 – INSTRUCTIONS D'ENVOI

VEUILLEZ JOINDRE TOUS LES REÇUS DE PAIEMENT D'ORIGINE, LES ORDONNANCES ET LES FORMULAIRES D'AUTORISATION. Veuillez garder des copies pour vos dossiers, puisque les reçus d'origine ne seront pas retournés. VOUS DEVEZ NOUS SOUMETTRE TOUTES LES DEMANDES DE RÉGLEMENT DANS LES 12 MOIS SUIVANT LA DATE DE SERVICE (À MOINS D'INDICATION CONTRAIRE DANS VOTRE DOCUMENTATION DU RÉGIME DE PRESTATIONS). LE PATIENT/MEMBRE DU RÉGIME ASSUMERA LES COÛTS ENGAGÉS À OBTENIR CES RENSEIGNEMENTS, S'IL Y A LIEU.

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

S'IL VOUS PLAÎT INDIQUER SUR L'ENVELOPPE GREEN SHIELD CANADA - C.P. 1615, Windsor (Ontario) N9A 7J3 Attention : Service des soins de la vue greenshield.ca