

ANNULATION D'UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Type de prestation :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médicaments | <input type="checkbox"/> Soins Dentaires | <input type="checkbox"/> Soins de louïe |
| <input type="checkbox"/> Articles médicaux | <input type="checkbox"/> Services Professionnels | <input type="checkbox"/> Soins pour enfants |
| <input type="checkbox"/> Soins de la vue | <input type="checkbox"/> Hospitalisation | <input type="checkbox"/> _____ |

Nom du fournisseur :	N° de fournisseur de Green Shield:
Nom du patient :	N° d'identification de Green Shield:
Date du service :	N° ident. du formulaire (administration seulement) :
Code de l'acte / DIN:	N° de l'ordonnance :
Description :	
Montant de la demande de règlement payé :	Destinataire : <input type="checkbox"/> Fournisseur <input type="checkbox"/> Membre du régime
Avez-vous reçu un chèque? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, qu'est-il arrivé au chèque? (encaissé ou détruit) <input type="checkbox"/> Encaissé <input type="checkbox"/> Détruit	
Raison de l'annulation : _____ _____ _____	
<input type="checkbox"/> S'il vous plaît retraiter la demande avec les changements requis	
Demandé par :	
_____ Nom de la personne autorisée	_____ Numéro de téléphone
_____ Signature	_____ Date

En signant ce formulaire de demande de règlement, je confirme que les renseignements indiqués sur ce formulaire sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements, que j'ai fournis à Green Shield Canada, seront utilisés par Green Shield Canada pour l'évaluation des demandes de règlement.