



# FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR SOINS POUR ENFANTS

Veillez utiliser un formulaire pour chaque mois  
et pour chaque enfant.

Les reçus ne sont pas requis si le formulaire est rempli au complet, incluant les signatures autorisées de l'employé/père/mère ou tuteur et d'un officiel de l'établissement.

## SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PRESTATEUR DE SOINS POUR ENFANTS

N° DU PRESTATEUR DES SOINS POUR ENFANTS	SANS BUT LUCRATIF <input type="checkbox"/>	
	À BUT LUCRATIF <input type="checkbox"/>	
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT DES SOINS POUR ENFANTS	N° DE TÉLÉPHONE DE L'ÉTABLISSEMENT DES SOINS POUR ENFANTS	
ADRESSE		
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL

## SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE DU RÉGIME

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	NOM DE EMPLOYEUR
NOM DE L'ENFANT	N° ID DE GREEN SHIELD POUR L'ENFANT	
ADRESSE	DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT ____ / ____ / ____ YY MM DD	
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL

Avez-vous un autre couverture des soins pour enfants? Oui  Non

Si oui, annexer une copie du relevé de paiement ou de la lettre de refus du mandataire principal.

Si l'autre couverture est fournie par Green Shield Canada, veuillez indiquer l'autre numéro de Green Shield Canada : \_\_\_\_\_

L'autre couverture est-elle une subvention du gouvernement? Oui  Non  Autre  Expliquez en détail : \_\_\_\_\_

## SECTION 3 - RENSEIGNEMENTS DUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT (Doit être remplie au complet par l'établissement)

Demande de règlement soumise pour : Date de début \_\_\_\_\_ Date de fin \_\_\_\_\_

Taux de la facilité ou du service	N° de demi-journées étant réclamées	N° de jours entiers étant réclamés	N° de jours du programme scolaire avant/après étant réclamés	Montant total réclamé (taux x # de jours/semaines)
Demi-journée	\$			\$
Journée entière	\$			\$
Hebdomadaire	\$			\$
Mensuellement	\$			\$
Prog.scolaire avant/après	\$			\$

Montant total de subvention du gouvernement ou de toute autre subvention pour cette période : \_\_\_\_\_ \$

## À ÊTRE REMPLIE DANS TOUS LES CAS

J'atteste par la présente que les renseignements ci-dessus sont exacts. Il est entendu que les frais indiqués sur ce formulaire peuvent ne pas être couverts ou peuvent excéder le montant de prestation éligible de mon contrat. Il est entendu que je suis financièrement responsable de payer mon fournisseur pour ces services. J'autorise la divulgation des renseignements inclus sur ce formulaire.

EMPLOYÉ(E)/PÈRE(MÈRE) OU TUTEUR(TUTRICE)

DATE

J'atteste par la présente que les renseignements ci-dessus sont exacts. Les frais de soins pour enfants facturés pour chaque journée ont été demandés par le père ou la mère ou le tuteur (la tutrice) de l'enfant.

SIGNATURE AUTORISÉ DE L'ÉTABLISSEMENT

DATE

**SECTION 4 - AUTORISATION ET CONSENTEMENT**

Chez Green Shield Canada (« **GSC** », « **nous** », « **notre** » ou « **nos** »), le respect et la protection de la confidentialité de vos renseignements personnels est une priorité. Afin que nous puissions vous fournir les services pour lesquels nous avons été engagés, vous devez comprendre certaines choses et y consentir. Nous pouvons recueillir ou recevoir de vous ou d'autres parties, et utiliser, partager, divulguer et traiter vos renseignements personnels et, le cas échéant, les renseignements personnels de votre conjoint, de vos enfants et d'autres personnes à charge (collectivement, « **vous** », « **votre** » ou « **vos** »), qui peuvent comprendre le nom, l'âge, l'historique des demandes de règlement, les revenus, l'adresse électronique, les fournisseurs de services dont les services ont été retenus ainsi que les renseignements bancaires. Nous pouvons le faire à diverses fins liées à l'administration de votre régime de garanties et pour vous fournir d'autres produits et services, y compris, mais sans s'y limiter : coordination des prestations avec d'autres assureurs; administration et évaluation des demandes de règlement; vérifications et enquêtes et prise de mesures pour la prévention ou la suppression de demandes de règlement qui sont potentiellement ou qui s'avèrent être abusives ou frauduleuses; contrôles d'identité; facturation et perception de primes; souscription médicale; communication avec d'autres fournisseurs de services, communication avec des tiers pour confirmer l'exactitude des demandes de règlement, fourniture de services contractuels, ou à des fins de gestion de la santé ou de programmes de gestion de la santé; collecte de renseignements sur les services fournis, analyse de données, y compris de renseignements sur la façon dont vous utilisez nos produits et services, afin de nous aider à prendre des décisions éclairées et à améliorer les produits et services que nous offrons; déterminer si d'autres produits et services pourraient vous intéresser et envoyer des détails à leur sujet; conformité aux lois et règlements applicables; et toute autre activité qu'une personne raisonnable considèrera comme associée à l'administration de votre régime de garanties. Dans le cadre de la réalisation de ces objectifs, nous pouvons recueillir et recevoir vos renseignements personnels, les partager avec d'autres personnes à l'extérieur de GSC ou les communiquer à de telles personnes, y compris, mais sans s'y limiter : votre employeur, le(s) promoteur(s) de votre régime de garanties et des conseillers en assurance, si vos garanties sont fournies par le régime de garanties collectif de votre employeur; des fournisseurs de garanties (p. ex., des pharmaciens, des massothérapeutes); des organismes de réglementation professionnels (p. ex., l'Ordre des pharmaciens); des organismes gouvernementaux; des organismes d'application de la loi (locaux, provinciaux et fédéraux); des entités industrielles de mutualisation en assurance-médicaments (p. ex., la Société canadienne de mutualisation en assurance médicaments); des fournisseurs de services tiers de GSC qui nous aident à administrer votre régime de garanties et à vous fournir d'autres produits et services connexes, et tout autre tiers qui pourrait être approprié ou raisonnablement nécessaire pour atteindre les objectifs énoncés ci-dessus. Bien que le partage des renseignements personnels soit intrinsèquement risqué, nous appliquons des procédures acceptables sur le plan commercial pour sécuriser et protéger vos renseignements personnels en utilisant des mesures technologiques, physiques et organisationnelles appropriées conçues pour protéger les renseignements personnels. Si nous communiquons vos renseignements personnels sans autorisation, nous vous en aviserions en respectant les lois en matière de protection des renseignements personnels applicables. De plus amples renseignements sur nos pratiques en matière de confidentialité se trouvent dans notre politique de confidentialité accessible à [www.greenshield.ca](http://www.greenshield.ca) qui constitue une partie nécessaire et intégrante du présent consentement relatif à la confidentialité. Nous pouvons de temps à autre réviser notre politique de confidentialité pour tenir compte de modifications dans la législation ou la réglementation, par exemple, ou lorsque nous ajoutons de nouvelles fonctionnalités ou lançons de nouveaux produits ou services. La toute dernière version de la politique régira la façon dont nous traitons vos données personnelles et sera toujours accessible à [www.greenshield.ca](http://www.greenshield.ca). Vous pouvez communiquer avec notre responsable de la confidentialité à [privacy.office@greenshield.ca](mailto:privacy.office@greenshield.ca) si vous avez une question ou une plainte à formuler.

En apposant votre signature ci-dessous, vous donnez votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation par GSC de vos renseignements personnels comme il est expliqué ci-dessus, et vous reconnaissez que votre conjoint, vos enfants et les autres personnes à votre charge (le cas échéant) vous ont autorisé à divulguer et à recevoir leurs renseignements personnels, et à signer le présent consentement relatif à la confidentialité en leur nom. Vous convenez que les photocopies, télécopies ou versions électroniques de ce consentement sont aussi valides que l'original. Vous pouvez retirer votre consentement en tout temps en envoyant un avis écrit à GSC à [privacy.office@greenshield.ca](mailto:privacy.office@greenshield.ca) mais, si vous le faites, GSC ne pourra plus administrer votre régime de garanties ni traiter vos demandes de règlement.

\_\_\_\_\_

Nom

\_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_

Date

**SECTION 5 - CESSION DES PRESTATIONS**

JE CÈDE PAR LA PRÉSENTE À L'ÉTABLISSEMENT DE SOINS POUR ENFANTS SUSMENTIONNÉ TOUTES LES PRESTATIONS POUR SOINS DES ENFANTS STIPULÉES PAR MA PROTECTION OU COMME MONTANT POUR M'ACQUITTER DE MES DETTES OU DE CELLES DE MON ENFANT À CHARGE AU DIT ÉTABLISSEMENT POUR CETTE PÉRIODE DE PROTECTION.

\_\_\_\_\_

SIGNATURE DU EMPLOYÉ(E)/PÈRE(MÈRE) OU TUTEUR(TUTRICE)

LES FRAIS INDIQUÉS SUR CE FORMULAIRE ONT ÉTÉ PAYÉS AU COMPLET. VEUILLEZ REMBOURSER LE MEMBRE DU RÉGIME DIRECTEMENT.

\_\_\_\_\_

SIGNATURE AUTORISÉE DE L'ÉTABLISSEMENT

**SECTION 6 - INSTRUCTIONS POUR L'ENVOI**

TOUTES LES RÉCLAMATIONS DOIVENT ÊTRE REÇUES DANS LES 12 MOIS QUI SUIVENT LA DATE À LAQUELLE LE SERVICE A ÉTÉ OBTENU (sauf indication contraire dans les documents relatifs à votre régime de garanties). VEUILLEZ JOINDRE LES DOCUMENTS ORIGINAUX et conserver des copies pour vos dossiers, puisque les reçus originaux ne seront pas retournés.

Le patient ou l'assuré assumera les frais engagés pour l'obtention de ces renseignements, le cas échéant.

**PROGRAMME DE SOINS POUR ENFANTS**

C.P. 1615  
WINDSOR (ONTARIO)  
N9A 7J3

CENTRE DE SERVICE À LA CLIENTÈLE 1 888 711-1119 ou 519 739-1133

[greenshield.ca](http://greenshield.ca)