C.P. 1615 Windsor, Ontario N9A 7J3
A l'attention du: Programme de soins pour enfants
Centre du service à la clientèle 1-888-711-1119 ou (519) 739-1133

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT DE SOINS POUR ENFANTS

Veuillez remplir séparément 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(e)/père/mère ou tuteur et d'un officiel de l'établissement.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PRESTATEUR DE SOINS POUR ENFANTS

N° du prestateur des soins pour enfants		**Sans but lucratif** ☐ **À but lucratif** ☐	
Nom de l'établissement des soins pour enfants		**N° de téléphone** **( )**	
Adresse (n° et rue)	**Ville**	**Province**	**Code postal**

RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE DU RÉGIME

Nom de l'employé(e)	**Employeur**
Nom de l'enfant **Nom de famille** **Prénom**	**N° ID de Green Shield pour l'enfant**
Adresse	**Date de naissance de l'enfant** **_____/ _____/ _____** **AA MM JJ**

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)**

Le cas échat: Autre régime avec Green Shield? ☐ **N° d'identification de Green Shield** _____

Subvention du gouvernement? ☐ **Autre?** ☐ **Expliquez en détail:** _____

RENSEIGNEMENTS DUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT (doit être remplie au complet par l'ëtablissement)

Demande de règlement soumise pour: date commençant le _____ **et se terminant le** _____

Taux de la facilité ou du service		Nombre de demi-journées étant réclamées	Nombre de jours entiers étant réclamés	Nombre de jours du programme scolaire avant/ après étant réclamés	Montant total réclamé (taux x # de jours/semaines)
Demi-journéee	$				$
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 SERVICE. J'AUTORISE LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS INCLUS SUR CE FORMULAIRE.

DATE (A/M/J) **EMPLOYÉ(E)/PÈRE(MÈRE) OU TUTEUR(TUTRICE)**

J'ATTESTE PAR LA PRÉSENTE QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS SONT EXACTS. LES FRAIS DE SOINS POUR ENFANTS FACTURÉS POUR CHAQUE JORNÉE ONT ÉTÉ DEMANDÉS PAR LE PÉRE OU LA MÉRE OU LE TUTEUR (LA TUTRICE) DE L'ENFANT.

DATE (A/M/J) **SIGNATURE AUTORISÉÉ DE L'ÉTABLISSEMENT**

REQUIS SEULEMENT SI L'ÉTABLISSEMENT DE SOINS POUR ENFANTS FACTURE DIRECTEMENT GREEN SHIELD	REQUIS SEULEMENT SI LES FRAIS ONT ÉTÉ PAYÉS AU COMPLET PAR LE MEMBRE DU RÉGIME.
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.	LES FRAIS INDIQUÉS SUR CE FORMULAIRE ONT ÉTÉ PAYÉS AU COMPLET. VEUILLEZ REMBOURSER LE MEMBRE DU RÉGIME DIRECTEMENT.
EMPLOYÉ(E)/PÈRE(MÈRE) OU TUTEUR(TUTRICE)	**SIGNATURE AUTORISÉE DE L'ÉTABLISSEMENT**

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.

Vous devez nous soumettre toute demande de règlement dans les 12 mois suivant la date de service (à moins d'indication contraire dans votre documentation du régime de prestations).
Les frais imposés pour obtenir ces renseignements sont la responsabilité du membre du régime/père/mère/tuteur(tutrice).