



FORMULAIRE POUR ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Veuillez utiliser ce formulaire pour chaque patient

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE			
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE	N° DU FOURNISSEUR DE SOINS DE LONGUE DURÉE		
ADRESSE			
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	N° DE TÉLÉPHONE DU FOURNISSEUR
SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS DU PATIENT			
Numéro d'identification du membre du régime :			
Nom du patient :		Date de Naissance _____ / _____ / _____ <small style="text-align: center;">AA MM JJ</small>	
Le patient a-t-il une autre couverture d'assurance collective qui peut comprendre ces services comme prestation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, indiquez le nom de l'autre compagnie d'assurance : _____			
Si l'autre couverture est Assurance Green Shield Canada, indiquez le numéro d'identification du membre du régime : _____			
SECTION 3 - RENSEIGNEMENTS DE FACTURATION			
Date d'entrée à l'établissement de soins de longue durée : _____ / _____ / _____ <small style="text-align: center;">AA MM JJ</small>			
Catégorie de la chambre occupée : <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Semi-Privée <input type="checkbox"/> Privée			
Compte pour la période du _____ / _____ / _____ au _____ / _____ / _____ inclusivement <small style="text-align: center;">AA MM JJ AA MM JJ</small>			
Indiquer la date précise de sortie (si pertinent) : _____ / _____ / _____ <small style="text-align: center;">AA MM JJ</small>			
FACTURATION MENSUELLE PARTIELLE			
Taux du copaiement par jour _____ \$ X Nombre de jours facturés _____ = Montant total payable _____ \$			
OU			
Frais de copaiement mensuels = _____ \$			
Si le patient est sorti de l'établissement peut importe la raison (admis à l'hôpital, vacances prolongées) durant la période facturée :			
Date de sortie de l'établissement : _____ / _____ / _____ Date de retour à l'établissement : _____ / _____ / _____ <small style="text-align: center;">AA MM JJ AA MM JJ</small>			
Raison de l'absence : _____			
** REMARQUE : LE PAIEMENT DES JOURS DE RETENUE DÉPENDRA DES PRESTATIONS CONTRACTUELLES DE L'INDIVIDU.			
SECTION 4 - CERTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE			
NOUS ATTESTONS QUE LE PATIENT A RÉSIDÉ DANS CET ÉTABLISSEMENT PENDANT LA PÉRIODE INDIQUÉE CI-DESSUS. LE CORPS DIRIGEANT DE L'ASSURANCE-MALADIE DE LA PROVINCE OÙ SE SITUE L'ÉTABLISSEMENT A ACCORDÉ UN PERMIS À CET ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE ET IL LE FINANCE. LE PATIENT A ÉTÉ ÉVALUÉ PAR LE SERVICE DE PLACEMENT PROVINCIAL PERTINENT ET IL A ÉTÉ JUGÉ APTE À SE QUALIFIER À L'ADMISSION DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE. (UNE PREUVE DE L'ÉVALUATION, LES DEMANDES DE PLACEMENT ET DE RÉDUCTION DU REVENU SONT REQUISES AVEC L'ENVOI DE LA PREMIÈRE DEMANDE DE RÉGLEMENT).			
DATE		SIGNATURE DU DIRIGEANT DE L'ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE	

SECTION 5 - AUTORISATION ET CONSENTEMENT

Chez Assurance Green Shield Canada (« **GreenShield** », « **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 GreenShield 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 GreenShield 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 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. Vous pouvez communiquer avec notre responsable de la confidentialité à 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 GreenShield 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 GreenShield à privacy.office@greenshield.ca mais, si vous le faites, GreenShield ne pourra plus administrer votre régime de garanties ni traiter vos demandes de règlement.

Nom

Signature

Date

SECTION 6 - CESSION DES PRESTATIONS

LES FRAIS INDIQUÉS SUR CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT SONT NON RÉGLÉS. LA SIGNATURE DU DIRIGEANT DE L'ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE SIGNIFIE QUE LE PATIENT OU SON AGENT A AUTORISÉ LE PAIEMENT DE CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT DIRECTEMENT À L'ÉTABLISSEMENT.

SIGNATURE DU RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT

LES FRAIS INDIQUÉS SUR CETTE DEMANDE ONT ÉTÉ PAYÉS EN TOTALITÉ. VEUILLEZ REMBOURSER LE MEMBRE DU RÉGIME DIRECTEMENT.

SIGNATURE DU RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT

SECTION 7 - 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.

SERVICE SSC

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

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

greenshield.ca