

FORMULAIRE POUR MEMBRES DU RÉGIME MULTIPLES POUR ÉTABLISSEMENTS DE SOINS À LONG TERME

RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR															
Nom					Nº du fournisseur						Nº de téléphone ()				
Adresse (nº et rue)					Facturation pour mois de, année										
Ville Province Code postal					*Catégorie de la chambre : (Veuillez indiquer) S - STANDARD SP - SEMI-PRIVÉE										
RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT						P - PRIVÉE									
N° DU MEMBRE DU RÉGIME	NOM DE FAMILLE	PRÉNOM(S)	ANNÉE DE NAISSANCE	DATE D'ADMISSION AA MM JJ			DATE DE SORTIE			*(voir note précitée	TARIF PAR JOUR	NBRE DE JOURS FACTURÉS	MONTANT TOTAL PAYABLE		
					IVIIVI	33	AA	IAIIAI	33						
En signant ce formulaire de demande de règlement et(ou) en envoyant les reçus originaux, je confirme que les renseignements indiqués sur ce formulaire sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements, que j'ai fournis à Assurance Green Shield Canada sur moi-même et mes personnes à charge, seront utilisés par Assurance Green Shield Canada pour l'évaluation des demandes de règlement et tous autres services nécessaires dans l'administration de nos prestations, qui pourraient inclure l'échange de renseignements avec d'autres intervenants dans le but d'administrer cette demande de règlement. Mon(Ma) conjoint(e) et(ou) mes personnes à charge m'autorise(nt) à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet, qui sont utilisés à ces fins. Je comprends que ces renseignements pourraient être vus par le détenteur de la carte.															
*REMARQUE : LE PAIEMENT DES JOURS DE RETENUE DÉPENDRA DES PRESTATIONS CONTRACTUELLES DE L'INDIVIDU.															
CERTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SOINS À LONG TERME															
Nous certifions que le patient nommé cl-dessus a résidé dans cet établissement et reçu des soins quotidiens pour la période complète facturée et est approuvé par la PCS en vertu des dispositions de la Loi 101 ou de la lol équivalente dans la province où le service est obtenu.															
Date Signature du responsable de l'établissement de soins à long terme															
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). LE PATIENT/MEMBRE DU RÉGIME ASSUMERA LES COÛTS ENGAGÉS À L'OBTENTION DE CES RENSEIGNEMENTS, S'L Y A LIEU.															
C.P. 1615	ASSURANCE GREEN SHIELD CANADA C.P. 1615 WINDSOR (ONTARIO)														
CENTRE DE SER	RVICE À LA CLIENTÈLE	1 888 711-1119 ou	519 739-1133									g	reenshield.ca		