

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DU PATIENT

NUMÉRO DU FOURNISSEUR	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU FOURNISSEUR	NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE
NOM DE LA PHARMACIE		
ADRESSE		
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL

CODES RAISONS DU RAJUSTEMENT

- 1 – CODE DE SÉLECTION DU PRODUIT MANQUANT – VEUILLEZ INDIQUER : 1 OU 2
- 2 – QUANTITÉ ERRONÉE
- 3 – FORMAT MULTIPLE (c.-à-d. : 1 ML, 5 ML, 10 ML – INDIQUER LE FORMAT PRÉPARÉ)
- 4 – APPROVISIONNEMENT POUR NOMBRE DE MOIS
- 5 – CHANGEMENT DU MONTANT BRUT (COÛT + HONORAIRES)
- 6 – NIM ERRONÉ UTILISÉ
- 7 – ORDONNANCE ANNULÉE OU NON RAMASSÉE (DÉBIT)

RAISON : _____

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS DU MÉDECIN

N° D'IDENTIFICATION GREEN SHIELD DES MEMBRES DU RÉGIME	N° SERV	NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DATE DE LA PRÉPARATION			NIM	N° D'ORDONNANCE	NOM DU MÉDICAMENT	N° DE MOIS	1 o u 2	QTÉ	MONTANT BRUT	(COÛT + HONORAIRES)	CODE RAISON
				A	M	J									

SIGNATURE DU PHARMACIEN

DATE

SECTION 3 – INSTRUCTIONS D'ENVOI

VEUILLEZ GARDER UNE COPIE DES ENVOIS POUR VOS DOSSIERS CAR AUCUN DES DOCUMENTS SOUMIS NE SERA RETOURNÉ
 VOUS DEVEZ NOUS SOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE RÉGLEMENT DANS LES 12 MOIS SUIVANT LA DATE DE SERVICE (À MOINS D'INDICATION CONTRAIRE DANS VOTRE DOCUMENTATION DU RÉGIME DE PRESTATIONS).

VEUILLEZ INDIQUER SUR L'ENVELOPPE-RÉPONSE :

GREEN SHIELD CANADA
 BOÎTE POSTALE 1652, WINDSOR (ONTARIO) N9A 7G5
 AUX SOINS DU SERVICE DES MÉDICAMENTS

CENTRE DU SERVICE À LA CLIENTÈLE 1 888 711-1119 ou 519 739-1133
 greenshield.ca

FAX : 1-519 739-6483 OU SANS FRAIS: 1-866-797-6483