

## 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

## SECTION 2 - DEMANDE DE RÈGLEMENT MANUELLE

N° D'IDENTIFICATION DES MEMBRES DU RÉGIME	N° SERV	NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DATE DE LA PRÉPARATION			NIM	N° SUB. (1 OU 2)	QTÉ	N° D'ORDONNANCE	JOURS D'APPROVISIONNEMENT	COÛT	HONORAIRES	HONOR. SS/MONTANT CDP	CODE D'INTERVENTION	MONTANT BRUT
				A	M	JD										

## SECTION 3 - DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR MÉDICAMENTS COMPOSÉS

N° D'IDENTIFICATION DES MEMBRES DU RÉGIME	N° SERV	NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	CODE DU COMPOSÉ	QTÉ	JOURS D'APPROVISIONNEMENT	N° D'ORDONNANCE	DATE DE LA PRÉPARATION			MONTANT BRUT	HONOR. PROF. COMPOSÉ TEMPS
								ANNÉE	MOIS	JOUR		
INGRÉDIENTS				NIM			QUANTITÉ		COÛT		FACTURÉ PAR MINUTE	
											TOTAL \$	
											NOM DU MÉDECIN	
COÛT TOTAL												

## SECTION 4 - AUTORISATION

JE SOUSSIGNÉ, CERTIFIE QUE LES MÉDICAMENTS RÉCLAMÉS PAR LA PRÉSENTE ONT ÉTÉ PRÉPARÉS POUR LA PERSONNE IDENTIFIÉE CI-DESSUS

\_\_\_\_\_

SIGNATURE DU PHARMACIEN \_\_\_\_\_ DATE

## SECTION 5 – 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 RÈGLEMENT 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 :

ASSURANCE GREEN SHIELD CANADA  
 C.P. 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 FAX 519.739.6483 OU SANS FRAIS:1.866.797.6483  
 greenshield.ca