FOURNISSEUR DE PHARMACIE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES COÛTS D'ACQUISITION

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS DU PATIENT

NUMÉRO DU FOURNISSEUR	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU FOURNISSEUR

NOM DE LA PHARMACIE

ADRESSE

VILLE	PROVINCE	CODE POSTALE

SECTION 2 - DÉTAILS DE LA DEMANDE

Nº D'IDENTIFICATION DES MEMBRES DU RÉGIME	Nº SERV. (c.-à-d. -00, 01)	NOM DE FAMILLE	PRÉNOME	DATE DE LA PRÉPARATION A	M	J	NIM	Nº D'ORDONNANCER	NOM DU MÉDICAMENT	QTÉ	MONTANT BRUT (COÛT + HONORAIRES)

AUX SOINS DE LA PHARMACIE :

VOUS DEVEZ COMPLÉTER LE PRÉSENT FORMULAIRE AVANT QUE TOUTE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES COÛTS D'ACQUISITION NE SOIT CONSIDÉRÉE. AVANT DE REMPLIR CE FORMULAIRE ET DE SOUMMETTRE VOTRE DEMANDE, VEUILLEZ VÉRIFIER LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSOUS CONCERNANT LES REMBOURSEMENTS DE MÉDICAMENTS AFIN DE VOUS ASSURER QUE VOTRE DEMANDE EST VALIDE.

Ce n'est que dans les cas où les coûts réels d'acquisition dépassent le prix accordé par Assurance Green Shield Canada que Assurance Green Shield Canada pourrait revoir à la hausse ses tarifs pour les ajuster à vos coûts (demande de redressement des coûts à l'exploitant). Il faut soumettre une copie de votre facture pour justifier votre demande.

Si le montant versé par Assurance Green Shield Canada dépasse vos coûts d'acquisition, vous n'avez pas droit à un redressement des coûts à l'exploitant.

SECTION 3 – AUTORISATION

SIGNATURE DU PHARMACIEN

DATE

SECTION 4 – 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

VEUILLEZ INDIQUER SUR L'ENVELOPPE-RÉPONSE :

ASSURANCE GREEN SHIELD CANADA
C.P. 1652, WINDSOR (ONTARIO) N9A 7G5
AUX SOINS DU : SERVICE DES MÉDICAMENTS

OU

ENVOYEZ CE FORMULAIRE PAR TÉLÉCOPIEUR ET LA FACTURE JUSTIFICATIVE AU SERVICE SUR LES PRIX DES MÉDICAMENTS DE ASSURANCE GREEN SHIELD CANADA AU 1 519 739-6483 OU AU 1 866 797-6483.

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