

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DU PATIENT

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

SECTION 2 – DÉTAILS DE LA DEMANDE

| N° D'IDENTIFICATION GREEN SHIELD DES MEMBRES DU RÉGIME | N° SERV. (c.-à-d. -00, 01) | NOM DE FAMILLE | PRÉNOM | DATE DE LA PRÉPARATION | | | NIM | N° D'ORDONNANCE | NOM DU MÉDICAMENT | QTÉ | MONTANT BRUT (COÛT + HONORAIRES) |
|--|----------------------------|----------------|--------|------------------------|---|---|-----|-----------------|-------------------|-----|----------------------------------|
| | | | | A | M | J | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

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 SOUMETTRE VOTRE DEMANDE, VEUILLEZ VÉRIFIER LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSOUS CONCERNANT LES REMBOURSEMENTS DE MÉDICAMENTS AFIN DE VOUS ASSURER QUE VOTRE DEMANDE EST VALIDE. NOUS TRAITONS ET REMBOURSONS LES DEMANDES SELON LES CRITÈRES SUIVANTS :

- LE PRIX PUBLIÉ DANS LE FORMULAIRE PROVINCIAL POUR LES MÉDICAMENTS QUI Y FIGURENT.
- GREEN SHIELD REMBOURSE AU PRIX ÉNUMÉRÉ DU FABRICANT PLUS 10 % LES MÉDICAMENTS DISPONIBLES DIRECTEMENT (QUAND CEUX-CI NE SONT PAS INSCRITS AU FORMULAIRE PROVINCIAL APPROPRIÉ).
- GREEN SHIELD REMBOURSE AU PRIX ÉNUMÉRÉ DU FABRICANT (POUR LES GROSSISTES) PLUS 12,5 % LES MÉDICAMENTS QUI NE SONT PAS DISPONIBLES DIRECTEMENT (QUAND CEUX-CI NE SONT PAS INSCRITS AU FORMULAIRE PROVINCIAL APPROPRIÉ).

Ce n'est que dans les cas où les coûts réels d'acquisition dépassent le prix accordé par Green Shield Canada que 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 Green Shield 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 RÉGLEMENT DANS LES 12 MOIS SUIVANT LA DATE DE SERVICE

VEUILLEZ INDIQUER SUR L'ENVELOPPE-RÉPONSE :

GREEN SHIELD CANADA
BOÎTE POSTALE 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 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 519 739-1133
greenshield.ca