



## FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR LES SERVICES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ CONNEXES

Veillez utiliser ce formulaire pour chaque praticien, ainsi que pour chaque patient

Il n'est pas nécessaire de joindre les reçus si ce formulaire est rempli au complet par le fournisseur.

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT			RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR		
N° D'IDENTIFICATION DU MEMBRE DU RÉGIME		DATE DE NAISSANCE (AA/MM/JJ) ____/____/____	NUMÉRO DU FOURNISSEUR		N° DE TÉL. DU FOURNISSEUR
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM	NOM DU FOURNISSEUR		
ADRESSE			ADRESSE		
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
ADRESSE DE COURRIEL			ADRESSE DE COURRIEL		

### SECTION 2 - DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Avez-vous une autre assurance collective qui pourrait couvrir ces services? OUI  NON

Si nous sommes votre assureur secondaire, veuillez joindre le relevé d'Explication des prestations de l'assureur principal.

Si l'autre couverture est fournie par Assurance Green Shield Canada, indiquez le numéro d'identification du membre du régime : \_\_\_\_\_

Voulez-vous coordonner cette réclamation avec votre autre couverture Assurance Green Shield Canada? OUI  NON

Le traitement est-il requis par suite d'un accident de véhicule automobile? OUI  NON  Si oui, indiquez la date de l'accident \_\_\_\_\_

Le traitement est-il requis par suite d'un accident de travail? OUI  NON  Si oui, indiquez la date de la blessure \_\_\_\_\_  
WCB Cas N° \_\_\_\_\_

Présentez une demande de règlement seulement pour les services rendus une fois que le montant maximal du régime provincial ait été épuisé (si pertinent).

Date de la dernière visite couverte par le régime provincial : \_\_\_\_\_

### SECTION 3 - DOIT ÊTRE REMPLIE AU COMPLET PAR LE FOURNISSEUR

**REMARQUE :** Ce formulaire est utilisé seulement pour les services ou les traitements et non pour les fournitures médicales.

Une ordonnance ou autorisation du médecin pourrait être requise afin de compléter le traitement de cette demande de règlement.

	TRAITEMENT RENDU (NBRE D'HEURES, SI PERTINENT)	DATE DU SERVICE			TAXE INCL. (Oui / NoN)	FRAIS (\$)
		AA	MM	JJ		
1.						\$
2.						\$
3.						\$
4.						\$
5.						\$
6.						\$
7.						\$
8.						\$
9.						\$
10.						\$
<b>TOTAL:</b>						\$

Diagnostic du patient :

J'atteste que le traitement décrit ci-dessus a été effectué par moi et tous les renseignements indiqués sur ce formulaire sont précis.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU FOURNISSEUR

\_\_\_\_\_  
N° D'ENREGISTREMENT

\_\_\_\_\_  
TYPE DE FOURNISSEUR

\_\_\_\_\_  
DATE

**SECTION 4 - AUTORISATION ET CONSENTEMENT**

Chez Assurance Green Shield Canada (« **GreenShield** », « **nous** », « **notre** » ou « **nos** »), le respect et la protection de la confidentialité de vos renseignements personnels est une priorité. Afin que nous puissions vous fournir les services pour lesquels nous avons été engagés, vous devez comprendre certaines choses et y consentir. Nous pouvons recueillir ou recevoir de vous ou d'autres parties, et utiliser, partager, divulguer et traiter vos renseignements personnels et, le cas échéant, les renseignements personnels de votre conjoint, de vos enfants et d'autres personnes à charge (collectivement, « **vous** », « **votre** » ou « **vos** »), qui peuvent comprendre le nom, l'âge, l'historique des demandes de règlement, les revenus, l'adresse électronique, les fournisseurs de services dont les services ont été retenus ainsi que les renseignements bancaires. Nous pouvons le faire à diverses fins liées à l'administration de votre régime de garanties et pour vous fournir d'autres produits et services, y compris, mais sans s'y limiter : coordination des prestations avec d'autres assureurs; administration et évaluation des demandes de règlement; vérifications et enquêtes et prise de mesures pour la prévention ou la suppression de demandes de règlement qui sont potentiellement ou qui s'avèrent être abusives ou frauduleuses; contrôles d'identité; facturation et perception de primes; souscription médicale; communication avec d'autres fournisseurs de services, communication avec des tiers pour confirmer l'exactitude des demandes de règlement, fourniture de services contractuels, ou à des fins de gestion de la santé ou de programmes de gestion de la santé; collecte de renseignements sur les services fournis, analyse de données, y compris de renseignements personnels, les partager avec d'autres personnes à l'extérieur de GreenShield ou les communiquer à de telles personnes, y compris, mais sans s'y limiter : votre employeur, le(s) promoteur(s) de votre régime de garanties et des conseillers en assurance, si vos garanties sont fournies par le régime de garanties collectif de votre employeur; des fournisseurs de garanties (p. ex., des pharmaciens, des massothérapeutes); des organismes de réglementation professionnels (p. ex., l'Ordre des pharmaciens); des organismes gouvernementaux; des organismes d'application de la loi (locaux, provinciaux et fédéraux); des entités industrielles de mutualisation en assurance-médicaments (p. ex., la Société canadienne de mutualisation en assurance médicaments); des fournisseurs de services tiers de GreenShield qui nous aident à administrer votre régime de garanties et à vous fournir d'autres produits et services connexes, et tout autre tiers qui pourrait être approprié ou raisonnablement nécessaire pour atteindre les objectifs énoncés ci-dessus. Bien que le partage des renseignements personnels soit intrinsèquement risqué, nous appliquons des procédures acceptables sur le plan commercial pour sécuriser et protéger vos renseignements personnels en utilisant des mesures technologiques, physiques et organisationnelles appropriées conçues pour protéger les renseignements personnels. Si nous communiquons vos renseignements personnels sans autorisation, nous vous en aviserions en respectant les lois en matière de protection des renseignements personnels applicables. De plus amples renseignements sur nos pratiques en matière de confidentialité se trouvent dans notre politique de confidentialité accessible à [www.greenshield.ca](http://www.greenshield.ca) qui constitue une partie nécessaire et intégrante du présent consentement relatif à la confidentialité. Nous pouvons de temps à autre réviser notre politique de confidentialité pour tenir compte de modifications dans la législation ou la réglementation, par exemple, ou lorsque nous ajoutons de nouvelles fonctionnalités ou lançons de nouveaux produits ou services. La toute dernière version de la politique régira la façon dont nous traitons vos données personnelles et sera toujours accessible à [www.greenshield.ca](http://www.greenshield.ca). Vous pouvez communiquer avec notre responsable de la confidentialité à [privacy.office@greenshield.ca](mailto:privacy.office@greenshield.ca) si vous avez une question ou une plainte à formuler.

En apposant votre signature ci-dessous, vous donnez votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation par GreenShield de vos renseignements personnels comme il est expliqué ci-dessus, et vous reconnaissez que votre conjoint, vos enfants et les autres personnes à votre charge (le cas échéant) vous ont autorisé à divulguer et à recevoir leurs renseignements personnels, et à signer le présent consentement relatif à la confidentialité en leur nom. Vous convenez que les photocopies, télécopies ou versions électroniques de ce consentement sont aussi valides que l'original. Vous pouvez retirer votre consentement en tout temps en envoyant un avis écrit à GreenShield à [privacy.office@greenshield.ca](mailto:privacy.office@greenshield.ca) mais, si vous le faites, GreenShield ne pourra plus administrer votre régime de garanties ni traiter vos demandes de règlement.

\_\_\_\_\_

Nom

\_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_

Date

**SECTION 5 - CESSION DES PRESTATIONS**

J'AUTORISE PAR LA PRÉSENTE LE PAIEMENT DIRECT AU FOURNISSEUR.

LES FRAIS ÉNUMÉRÉS DANS CETTE RÉCLAMATION ONT ÉTÉ PAYÉS EN ENTIER PAR LE PATIENT. VEUILLEZ REMBOURSER LE PATIENT DIRECTEMENT.

\_\_\_\_\_

SIGNATURE DU PATIENT OU DU TUTEUR LÉGAL

\_\_\_\_\_

SIGNATURE DU FOURNISSEUR

**SECTION 6 - INSTRUCTIONS POUR L'ENVOI**

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). **VEUILLEZ JOINDRE LES DOCUMENTS ORIGINAUX** et conserver des copies pour vos dossiers, puisque les reçus originaux ne seront pas retournés.

Le patient ou l'assuré assumera les frais engagés pour l'obtention de ces renseignements, le cas échéant.

**SERVICE SSC**

C.P. 1699  
WINDSOR (ONTARIO)  
N9A 7G6

CENTRE DE SERVICE À LA CLIENTÈLE 1 888 711-1119 ou 519 739-1133

[greenshield.ca](http://greenshield.ca)