

Formulaire de demande de règlement pour les services d'un(e) I.A., I.A.A., A.I.A., travailleur de soutien personnel

N° de Green Shield			N° du fournisseur		
N° du patient		Initiale	Registre d'infirmiers(ières)		
Adresse			Adresse	Ville	Province
Ville	Province	Code postal	Code postal	Numéro de téléphone	
Bénéficiez-vous d'une autre couverture d'assurance collective qui peut comprendre ces services comme prestation ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, indiquez le nom de l'autre compagnie d'assurance _____ Si l'autre protection est offerte par Green Shield, indiquez le numéro d'identification. _____ Le traitement est-il requis suite à un accident de véhicule automobile ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date de l'accident _____ Le traitement est-il requis suite à une blessure liée au travail ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Le traitement est-il lié à une réclamation auprès de la CSPAAAT (ou) CSSTQ Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date de la blessure _____					

Les services ont été rendus par un(e) I.A. I.A.A./A.I.A. travailleur de soutien personnel ou pédicure par I.A./A.I.A.
 au cours de la semaine du dimanche _____ au samedi _____ selon l'horaire suivant :

DATE	Heures travaillées (indiquez avant ou après-midi)				Tarif Horaire	Nombre d'heures	Montant total par quart de travail	Nom de l'individu fournissant les services	Numéro d'enregistrement (si applicable)
	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.					
Dimanche			à						
Lundi			à						
Mardi			à						
Mercredi			à						
Judi			à						
Vendredi			à						
Samedi			à						
Dimanche			à						
Lundi			à						
Mardi			à						
Mercredi			à						
Judi			à						
Vendredi			à						
Samedi			à						

En signant ce formulaire de demande de règlement et/ou en envoyant les reçus originaux, je confirme que les renseignements indiqués sur ce formulaire sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements, que j'ai fournis à Green Shield Canada sur moi-même et mes personnes à charge, seront utilisés par Green Shield Canada pour l'évaluation des demandes de règlement et tous autres services nécessaires dans l'administration de nos prestations, qui pourraient inclure l'échange de renseignements avec d'autres intervenants dans le but d'administrer cette demande de règlement.

Mon(Ma) conjoint(e) et/ou mes personnes à charge m'autorise(nt) à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet, qui sont utilisés à ces fins. Je comprends que ces renseignements pourraient être vus par le détenteur de la carte.

Je déclare que le traitement indiqué a été administré et que tous les renseignements fournis sur ce formulaire sont exacts. _____ Signature du responsable du registre d'infirmiers(ières)	Les frais indiqués sur cette demande de règlement ont été acquittés au complet. Veuillez verser le remboursement directement au souscripteur. _____ Signature du responsable du registre d'infirmiers(ières)	Je déclare que le traitement ci-dessus a été administré. Veuillez verser le paiement au fournisseur indiqué ci-dessus. _____ Signature du patient/gardien légal
--	--	---

Le patient/souscripteur assumera les coûts engagés pour l'obtention de ces renseignements, s'il y a lieu.
 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 POSTER À : **GREEN SHIELD CANADA**
 C.P. 1606, WINDSOR (ONTARIO) N9A 6W1
 ATTENTION : SERVICES SSC SERVICE À LA CLIENTÈLE 1-888-711-1119 ou (519) 739-1133