

Veillez utiliser ce formulaire pour chaque praticien ainsi que pour chaque patient. Il n'est pas nécessaire de joindre les factures ou les reçus à ce formulaire si le fournisseur le remplit en entier.

SECTION 1 – INFORMATION DU MEMBRE DU RÉGIME			INFORMATION DU FOURNISSEUR		
N° Green Shield	Nom de l'employeur Numé		ro d'identification	N° téléphone ()	
Nom de famille	Prénom	Date de naissance AA/MM/JJ	Nom du fournisseur		
Adresse			Adresse		
Ville	Prov.	Code postal	Ville	Prov.	Code postal

SECTION 2 – DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Possédez-vous toute autre protection pour les soins de la vue ? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer le nom de l'assureur ou du régime _____ ET veuillez inclure soit une copie du relevé détaillé de paiement déboursé ou leur lettre de refus

Si l'autre couverture est Green Shield Canada, indiquez le numéro ID Green Shield Canada : _____

Le traitement est-il suite à un accident d'automobile? OUI NON Si oui, date de l'accident (AA/MM/JJ) _____

Le traitement est-il requis à cause d'une blessure reliée au travail OUI NON

Le traitement est-il lié à une réclamation auprès de la CSPAAAT (ou) CS OUI NON Date de la blessure (AA/MM/JJ) _____

SECTION 3a– DÉTAILS DE LA RÉCLAMATION POUR L' EXAMEN DE VUE (SEULEMENT SI INCLUS AVEC LA RÉCLAMATION)

EXAMEN DE VUE	NUMÉRO DE FOURNISSEUR	NOM DE L'OPTOMETRISTE, L'ADRESSE ET NO.TÉLÉPHONE
ANNÉE MOIS JOUR		
MONTANT \$	PAYÉ MÉMBRE DU RÉGIME <input type="checkbox"/>	
	PAYÉ LE FOURNISSEUR <input type="checkbox"/>	

SECTION 3b– DÉTAILS DE LA RÉCLAMATION POUR LES LUNETTES

FRAIS \$	DATE DE LA CUEILLETTE: ANNÉE MOIS JOUR				
MONTURE	SPHÈRE	CYLINDRE	AXE	PRISME	Doit être rempli par le fournisseur dans tous les cas : <input type="checkbox"/> Nouvelle ordonnance <input type="checkbox"/> Lunettes protectrices <input type="checkbox"/> Lentilles seulement <input type="checkbox"/> Demande de règlement post-cataracte
LENTILLES POUR LUNETTES	D				
LENTILLES CORNÉENNES	G				
FRAIS	BIFOCAL	BIFOCAL PROGRESSIVE	TRIFOCAL	TEINTE Couleur et #	
DIVERS 1. _____ 2. _____	D	D D			Si oui, le patient a-t-il un implant du cristallin ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
TOTAL	G	G G			
MONTANT PAYÉ PAR LE PATIENT	Lentilles cornéennes : A) L'acuité visuelle peut-elle être restaurée à au moins 20/70 dans le meilleur oeil avec des lunettes conventionnelles ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON B) L'acuité visuelle peut-elle être restaurée à au moins 20/40 dans le meilleur oeil avec des lunettes conventionnelles ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON C) Sont-elles nécessaires, du point de vue médical, en raison du kératoconus, de l'astigmatisme irrégulier ou d'une courbe irrégulière de la cornée ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
SOLDE À ÊTRE PAYÉ PAR LE PATIENT					

SECTION 4 - AUTORISATION

JE RECONNAIS QUE LES FRAIS INDICQUÉS SUR CETTE DEMANDE DE RÉGLEMENT PEUVENT NE PAS ÊTRE COUVERTS PAR OU PEUVENT DÉPASSER LES PRESTATIONS PRÉVUES DANS MON CONTRAT. JE RECONNAIS QUE JE SUIS FINANCIÈREMENT RESPONSABLE ENVERS MON FOURNISSEUR DU COÛT DE CES SERVICES.

SIGNATURE DU PATIENT OU PARENT/TUTEUR _____

LES FRAIS INDICQUÉS SUR CETTE DEMANDE DE RÉGLEMENT ONT ÉTÉ PAYÉS AU COMPLET PAR LE SOUSCRIPTEUR. VEUILLEZ PAYER LE SOUSCRIPTEUR POUR LES FRAIS ADMISSIBLES.

SIGNATURE DU FOURNISSEUR _____

(REMPLEZ CETTE SECTION SEULEMENT À LA DATE DE LA CUEILLETTE ET SEULEMENT SI CE FORMULAIRE EST REMPLI.) JE CÈDE PAR LA PRÉSENTE MES PRESTATIONS PAYABLES EN VERTU DE CETTE DEMANDE DE RÉGLEMENT AU FOURNISSEUR MENTIONNÉ ET J' AUTORISE QU'ELLES LUI SOIENT DIRECTEMENT VERSÉES.

SIGNATURE DU SOUSCRIPTEUR _____

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.

SECTION 5 – INSTRUCTIONS D'ENVOI

VEUILLEZ JOINDRE TOUS LES REÇUS DE PAIEMENT D'ORIGINE, LES ORDONNANCES ET LES FORMULAIRES D'AUTORISATION. Veuillez garder des copies pour vos dossiers, puisque les reçus d'origine ne seront pas retournés. VOUS DEVEZ NOUS SOUMETTRE TOUTES LES DEMANDES DE RÉGLEMENT DANS LES 12 MOIS SUIVANT LA DATE DE SERVICE (À MOINS D'INDICATION CONTRAIRE DANS VOTRE DOCUMENTATION DU RÉGIME DE PRESTATIONS) assumer les coûts, s'il y a lieu, de l'obtention de ces renseignements.

SERVICE À LA CLIENTÈLE 1-888-711-1119 ou (519) 739-1133 ADRESSE COURRIEL WWW.GREENSHIELD.CA

S'IL VOUS PLAÎT INDICHER SUR L'ENVELOPPE GREEN SHIELD CANADA - C.P. 1615, Windsor (Ontario) N9A 7J3 **Attention :** Service des soins de la vue