

Envoyez les réclamations à : expatclaims@allianz-assistance.ca ou par la poste à :
Assistance-voilage de Green Shield Canada – Allianz Global Assistance
C.P. 277 Waterloo (Ontario) N2J 4A4

COMMENT PRÉSENTER UNE RÉCLAMATION

Services médicaux : Remplissez les sections 1, 2 et 7 de ce formulaire et envoyez-le à l'adresse ci-dessus.

Services hospitaliers : Remplissez les sections 1, 3 et 7 de ce formulaire et envoyez-le avec les relevés détaillés à l'adresse ci-dessus.

Laboratoire commercial : Remplissez les sections 1, 4 et 7 de ce formulaire et envoyez-le à l'adresse ci-dessus.

Services ambulanciers : Remplissez les sections 1, 5 et 7 de ce formulaire et envoyez-le à l'adresse ci-dessus.

Pour les demandes de renseignements sur les réclamations, téléphonez au 1 800 363-1835

Autres services : Remplissez les sections 1, 6 et 7 de ce formulaire et envoyez-le à l'adresse ci-dessus.

SECTION 1 RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT ET LE FOURNISSEUR								
Renseignements sur le patient				Renseignements sur le fournisseur				
Nom _____		Date de naissance _____		Nom _____		N° du fournisseur _____		
Adresse _____				Adresse _____				
Numéro d'identification Green Shield Canada _____				Numéro de téléphone _____				
Nom du groupe _____				Médecin <input type="checkbox"/>		Hôpital <input type="checkbox"/>		
				Laboratoire commercial <input type="checkbox"/>				
				Ambulance <input type="checkbox"/>		Autre (veuillez préciser) _____		
SECTION 2 HONORAIRES DU MÉDECIN (services en cabinet, à domicile, dans une institution ou à l'hôpital)								
Description du traitement administré		Code de diagnostic	Code d'évaluation	Date du traitement (an mois jour)		Total des frais		
SECTION 3 SERVICES HOSPITALIERS (A – frais de traitement avec hospitalisation, B – frais de consultation externe/à l'urgence)								
A	Date d'admission (an mois jour)	Date de congé (an mois jour)	Code de diagnostic	Type de chambre (soins actifs/de courte durée, maladie chronique, réhabilitation)		Tarif par jour	N° de jours	Total des frais
B	Description du traitement administré			Code de diagnostic	Date du traitement (an mois jour)		Total des frais	
SECTION 4 LABORATOIRE COMMERCIAL/RADIOLOGIE								
Description du traitement administré		Code de service		Date du traitement (an mois jour)		Total des frais		
SECTION 5 SERVICES AMBULANCIERS								
Raison du déplacement en ambulance		Date du service	Lieu de départ de l'ambulance		Destination de l'ambulance		Total des frais	
SECTION 6 AUTRES SERVICES								
Description du traitement administré				Date du traitement (an mois jour)		Total des frais		
SECTION 7 AUTORISATION ET INSTRUCTION								
Les services indiqués ci-dessus ont-ils été requis à la suite d'un accident de la route?				Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
Les services indiqués ci-dessus ont-ils été requis à la suite d'un accident de travail?				Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
Je certifie que le traitement décrit ci-dessus a été administré et que tous les renseignements fournis sur ce formulaire sont exacts.			Les frais énumérés dans cette réclamation ont été payés en entier par l'adhérent. Veuillez rembourser l'adhérent directement.			Je certifie que le traitement ci-dessus a été administré et j'autorise par la présente le paiement des services admissibles directement au fournisseur dont le nom figure ci-dessus.		
Signature du fournisseur		N° d'identification/d'enregistrement		Signature du fournisseur		Signature du fournisseur		
En signant cette réclamation ou en soumettant des reçus, j'atteste que les renseignements fournis sur ce formulaire sont complets et exacts. Je conviens que les renseignements que je fournis à Green Shield Canada à mon sujet et au sujet des personnes à ma charge seront utilisés par Green Shield Canada pour adjudiquer mes réclamations et pour fournir tous les autres services nécessaires à l'administration des garanties, ce qui peut comprendre l'échange de renseignements avec d'autres parties aux fins de l'administration de la présente réclamation.								
Je suis autorisé(e), par mon (ma) conjoint(e) ou les personnes à ma charge, à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet pour utilisation à ces fins. Il est entendu que ces renseignements peuvent être consultés par le titulaire de carte.								