

## Le formulaire de demande de règlement pour couverture en remplacement de l'assurance santé du gouvernement provincial (régime VS)

Assistance voyage de Green Shield Canada – Allianz Global Assistance  
4273 Rue King Est, Kitchener (Ontario) N2P 2E9

Pour des renseignements concernant les demandes de règlement 1-800-363-1835

### Comment présenter une demande de règlement

**Services d'un médecin :** Remplissez les parties 1, 2 et 7 de ce formulaire et postez-le à l'adresse ci-dessus.

**Services hospitaliers :** Remplissez les parties 1, 3 and 7 de ce formulaire et postez-le avec un **relevé détaillé** à l'adresse ci-dessus.

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

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

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

### Partie 1 Renseignements sur le patient et le fournisseur

#### Renseignements sur le patient

Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

N° d'identification Green Shield \_\_\_\_\_

Nom du groupe \_\_\_\_\_

#### Renseignements sur le fournisseur

N° du fournisseur \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

N° de téléphone \_\_\_\_\_

Médecin  Hôpital  Laboratoire commercial

Ambulance  Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

### Partie 2 Honoraires du médecin (services au bureau, 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) | Montant total |
|--------------------------------------|--------------------|-------------------|-------------------------------------|---------------|
|                                      |                    |                   |                                     |               |
|                                      |                    |                   |                                     |               |
|                                      |                    |                   |                                     |               |

### Partie 3 Services hospitaliers (A - frais de clinique interne / frais de clinique externe / urgence)

|          | Date d'admission (an, mo, jr)        | Date du congé (an, mo, jr) | Code de diagnostic | Type de chambre (actif/grave, chronique, réhab.) | Tarif par jour                      | Nbre de jours | Montant total |
|----------|--------------------------------------|----------------------------|--------------------|--|-------------------------------------|---------------|---------------|
| <b>A</b> |                                      |                            |                    |  |                                     |               |               |
| <b>B</b> | Description du traitement administré |                            |                    | Code de diagnostic                               | Date du traitement (an, mois, jour) |               | Montant total |
|          |                                      |                            |                    |  |                                     |               |               |

### Partie 4 Laboratoire commercial / radiologie

| Description du traitement administré | Code de service | Date du traitement (an, mois, jour) | Montant total |
|--------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|---------------|
|                                      |                 |                                     |               |
|                                      |                 |                                     |               |

### Partie 5 Services ambulanciers

| Raison du déplacement en ambulance | Date du service | Lieu de départ de l'ambulance | Destination de l'ambulance | Montant total |
|------------------------------------|-----------------|-------------------------------|----------------------------|---------------|
|                                    |                 |                               |                            |               |

### Partie 6 Autres services

| Description du traitement administré | Date du traitement (an, mois, jour) | Montant total |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------|
|                                      |                                     |               |
|                                      |                                     |               |

### Partie 7 Autorisation et direction

Les services indiqués ci-dessus ont-ils été requis suite à un accident de la route? Oui  Non

Les services indiqués ci-dessus ont-ils été requis suite à un accident de travail? Oui  Non

Je déclare que le traitement indiqué ci-dessus a été administré et que tous les renseignements fournis sur ce formulaire sont exacts.

Les frais indiqués sur cette demande de règlement ont été acquittés au complet par le membre du régime. Veuillez verser le remboursement directement au membre du régime.

Je déclare que le traitement ci-dessus a été administré et j'autorise par la présente le paiement des services admissibles directement au fournisseur indiqué ci-dessus.

Signature du fournisseur N° désignation/enregistrement

Signature du fournisseur

Signature du patient/gardien légal

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.

Le patient/membre du régime assumera les coûts engagés à obtenir 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)

Claim Form for Government Health Insurance  
Replacement Coverage FR (Rev. 2011-09)