

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE			
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE		N° DU FOURNISSEUR DE GREEN SHIELD CANADA	
ADRESSE			
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	N° TÉLÉPHONE (    )
RENSEIGNEMENTS DU PATIENT			
N° D'IDENTIFICATION DU PATIENT		DATE DE NAISSANCE ____ / ____ / ____ ANNÉE    MOIS    JOUR	
NOM DE FAMILLE / PRÉNOM(S) DU PATIENT			
DATE D'ENTRÉE À L'ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE : _____			
CATÉGORIE DE LA CHAMBRE OCCUPÉE <input type="checkbox"/> STANDARD <input type="checkbox"/> SEMI-PRIVÉE <input type="checkbox"/> PRIVÉE			
Le patient a-t-il une autre couverture d'assurance collective qui peut comprendre ces services comme prestation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, indiquez le nom de l'autre compagnie d'assurance _____			
Si l'autre couverture est Green Shield Canada, indiquez le numéro ID Green Shield Canada _____			
RENSEIGNEMENTS DE FACTURATION			
COMPTE POUR LA PÉRIODE DU _____ AU _____ INCLUSIVEMENT			
INDIQUER LA DATE PRÉCISE DE SORTIE (si pertinent) _____			
FACTURATION MENSUELLE PARTIELLE			
Taux du copaiement par jour _____ \$ X    Nombre de jours facturés _____ =    Montant total payable _____ \$			
OU			
FRAIS DE COPAIEMENT MENSUELS = _____ \$			
Si le patient est sorti de l'établissement peut importe la raison (admis à l'hôpital, vacances prolongées) durant la période facturée :			
Date de sortie de l'établissement : _____    Date de retour à l'établissement : _____			
Raison de l'absence : _____			
** REMARQUE : LE PAIEMENT DES JOURS DE RETENUE DÉPENDRA DES PRESTATIONS CONTRACTUELLES DE L'INDIVIDU.			
CERTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE			
Nous attestons que le patient a résidé dans cet établissement pendant la période indiquée ci-dessus. Le corps dirigeant de l'assurance-maladie de la province où se situe l'établissement a accordé un permis à cet établissement de soins de longue durée et il le finance. Le patient a été évalué par le service de placement provincial pertinent et il a été jugé apte à se qualifier à l'admission dans un établissement de soins de longue durée. (Une preuve de l'évaluation, les demandes de placement et de réduction du revenu sont requises avec l'envoi de la première demande de règlement).			
Date (Année, Mois, Jour) _____		Signature du dirigeant de l'établissement de soins de longue durée _____	
DIRECTION DE PAIEMENT : Veuillez signer la section appropriée			
Les frais mentionnés sur ce formulaire ont été payés au complet. VEUILLEZ REMBOURSER LE MEMBRE DU RÉGIME DIRECTEMENT.		Les frais indiqués sur cette demande de règlement sont non réglés. La signature du dirigeant de l'établissement de soins de longue durée signifie que le patient ou son agent a autorisé le PAIEMENT DE CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT DIRECTEMENT À L'ÉTABLISSEMENT.	
_____ Signature du responsable de l'établissement		_____ Signature du responsable de l'établissement	
ADRESSE POSTALE DU MEMBRE DU RÉGIME POUR L'ENVOI DU CHÈQUE :			
_____ _____ _____			
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 cette fin. Il est entendu que ces renseignements peuvent être consultés par le titulaire de la carte.		En signant cette demande de règlement ou en soumettant des reçus, j'atteste que les renseignements fournis sont complets et exacts. Je comprends 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 évaluer ma demande de règlement 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 d'administration de la présente demande de règlement.	
J'autorise en outre Green Shield Canada à obtenir des renseignements d'autres parties, comme les professionnels de la santé ou les assureurs, et à leur en transmettre, afin de vérifier l'exactitude de la ou des demandes de règlement soumises. Advenant des activités frauduleuses présumées relativement aux demandes de règlement soumises en mon nom ou au nom de mes personnes à charge, j'accepte que ces renseignements soient transmis aux parties intéressées, comme le promoteur de régime, les organismes de réglementation ou les organismes d'application de la loi.			
Le patient/membre du régime 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).	