

## SECTION 1 RENSEIGNEMENTS DU PATIENT

NUMÉRO DU FOURNISSEUR	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU FOURNISSEUR	NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE
NOM DE LA PHARMACIE		
ADRESSE		
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL

## SECTION 2 DEMANDE DE RÈGLEMENT MANUELLE

N° D'IDENTIFICATION GREEN SHIELD DES MEMBRES DU RÉGIME	N° SERV	NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DATE DE LA PRÉPARATION			NIM	N° SUB. (1 OU 2)	QTÉ	N° D'ORDONNANCE	JOURS D'APPROVISIONNEMENT	COÛT	HONORAIRES	HONOR. SS/MONTANT CDP	CODE D'INTERVENTION	MONTANT BRUT
				A	M	J										

## SECTION 3 DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR MÉDICAMENTS COMPOSÉS

N° D'IDENTIFICATION GREEN SHIELD DES MEMBRES DU RÉGIME	N° SERV	NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	CODE DU COMPOSÉ	QTÉ	JOURS D'APPROVISIONNEMENT	N° D'ORDONNANCE	DATE DE LA PRÉPARATION			MONTANT BRUT	HONOR. PROF.
								ANNÉE	MOIS	JOUR		
INGRÉDIENTS						NIM	QUANTITÉ	COÛT		COMPOSÉ TEMPS		
										FACTURÉ PAR MINUTE		
										TOTAL \$		
										NOM DU MÉDECIN		
								COÛT TOTAL				

## SECTION 4 AUTORISATION

JE SOUSSIGNE, CERTIFIE QUE LES MÉDICAMENTS RECLAMES PAR LA PRÉSENTE ONT ÉTÉ PRÉPARÉS POUR LA PERSONNE IDENTIFIÉE CI-DESSUS

SIGNATURE DU PHARMACIEN \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

## SECTION 5 INSTRUCTIONS D'ENVOI

VEUILLEZ GARDER UNE COPIE DES ENVOIS POUR VOS DOSSIERS CAR AUCUN DES DOCUMENTS SOUMIS NE SERA RETOURNÉ  
VOUS DEVEZ NOUS SOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE RÈGLEMENT DANS LES 12 MOIS SUIVANT LA DATE DE SERVICE

VEUILLEZ INDIQUER SUR L'ENVELOPPE-RÉPONSE :

GREEN SHIELD CANADA  
BOÎTE POSTALE 1652, WINDSOR (ONTARIO) N9A 7G5  
AUX SOINS DU : SERVICE DES MÉDICAMENTS

CENTRE DU SERVICE À LA CLIENTÈLE 1 888 711-1119 ou 519 739-1133  
greenshield.ca