



Par la poste : Green Shield Canada
Service des frais hors province
C.P. 1606
Windsor (Ontario) N9A 6W1

FORMULAIRE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE HORS PROVINCE

LES DÉTAILS REQUIS CI-DESSOUS SONT OBLIGATOIRES POUR LE TRAITEMENT DE VOS RÉCLAMATIONS. Veuillez remplir le présent formulaire au complet pour chaque personne qui présente une réclamation et le faire parvenir à Green Shield Canada, accompagné de l'original du ou des reçus détaillés donnant une ventilation des services, des frais et du diagnostic du patient. Vous devez faire appel à votre régime d'assurance-maladie provincial qui offre une couverture similaire et joindre à la présente réclamation le relevé indiquant le solde restant.

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE DU RÉGIME

NUMÉRO D'IDENTIFICATION GREEN SHIELD CANADA		ADRESSE DE COURRIEL	
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	
ADRESSE		NOM DE L'ENTREPRISE	
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	

SECTION 2 - DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Avez-vous une autre assurance collective qui pourrait couvrir ces services ? OUI NON

Si oui, veuillez nous fournir le nom de la compagnie d'assurance _____

Si l'autre couverture est fournie par Green Shield Canada, veuillez indiquer le numéro d'identification Green Shield Canada : _____

Voulez-vous coordonner cette demande de règlement avec votre autre couverture de Green Shield Canada ? OUI NON

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

Ce traitement est-il dû à un accident de travail ? OUI NON Si oui, indiquez la date de la blessure (AA/MM/JJ) _____ N° de cas de la CAT _____

SECTION 3 - DÉTAILS DU VOYAGE ET DE L'URGENCE

RAISON DU VOYAGE : Vacances <input type="checkbox"/> Affaires <input type="checkbox"/> Étude <input type="checkbox"/> Soins médicaux <input type="checkbox"/>	PAYS où le traitement a eu lieu		
DÉCRIEZ BRIÈVEMENT LA SITUATION QUI VOUS A AMENÉ À CONSULTER UN MÉDECIN (Raison du traitement)	DIAGNOSTIC (si connu)		
	Veuillez inscrire les dates ci-dessous en utilisant ce format		
	AAAA	MM	JJ
	DATE DE DÉPART de votre province de résidence		
Avez-vous déjà eu cette maladie ou l'un de ces symptômes auparavant ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si OUI, indiquez la date de votre dernier traitement		
NOM ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN DE FAMILLE	Date de votre dernière visite médicale chez un médecin de famille avant votre voyage		
NOM ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU SPÉCIALISTE	Date de votre dernière visite médicale chez un médecin spécialiste avant votre voyage		

SECTION 4 - DÉTAILS SUR LE PATIENT ET LES FRAIS

NOM DU PATIENT N'indiquez que le nom du patient pour qui les reçus ci-joints s'appliquent. Si plusieurs membres de la famille présentent une réclamation, soumettez un formulaire distinct pour chaque personne.		N° DE PERSONNES À CHARGE (-00, -01, -02, etc.)	DATE DE NAISSANCE AAAA MM JJ	DEVISE DU REÇU
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM			
DESCRIPTION DU SERVICE FOURNI (Visite chez le médecin, radiographie, analyse de laboratoire, etc.)	NOM ET ADRESSE DU FOURNISSEUR DU TRAITEMENT (Attach itemized receipts)	DATE DE LA RÉCLAMATION AAAA MM JJ	MONTANT TOTAL PAYÉ POUR LE SERVICE	
MONTANT TOTAL DE LA RÉCLAMATION				

SECTION 5 - AUTORISATION

SIGNATURE DU MEMBRE DU RÉGIME

DATE

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. En signant cette réclamation ou en soumettant des reçus, j'atteste que les renseignements fournis 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. 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 réclamations soumises. En cas d'activités frauduleuses présumées relativement aux réclamations soumises en mon nom ou au nom de mes personnes à charge, j'accepte que ces renseignements soient divulgués aux parties intéressées, comme le preneur de contrat, les organismes de réglementation ou les organismes d'application de la loi.