

Type de prestation :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médicaments | <input type="checkbox"/> Soins Dentaires | <input type="checkbox"/> Soins de louïe |
| <input type="checkbox"/> Articles médicaux | <input type="checkbox"/> Services Professionnels | <input type="checkbox"/> Soins pour enfants |
| <input type="checkbox"/> Soins de la vue | <input type="checkbox"/> Hospitalisation | <input type="checkbox"/> _____ |

Nom du fournisseur :

N° de fournisseur :

Nom du patient :

N° d'identification du membre du régime :

Date du service :

N° ident. du formulaire (administration seulement) :

Code de l'acte / DIN :

N° de l'ordonnance :

Description :

Montant de la demande de règlement payé :

Destinataire : Fournisseur
 Membre du régime

Quel a été le mode de paiement par GreenShield?

- Chèque ou TEF (dépôt direct)

Le cas échéant, quel est le statut de votre chèque?

- Encaissé ou Non encaissé

En cas de surplus de paiement, veuillez cocher ci-dessous :

- Un chèque de remboursement à l'ordre de GreenShield sera envoyé
 GreenShield appliquera un solde négatif à votre prochain paiement regroupé de fournisseur

Raison de l'annulation :

S'il vous plaît retraiter la demande avec les changements requis

Demandé par :

Nom de la personne autorisée

Numéro de téléphone

Signature

Date

En signant ce formulaire de demande de règlement, je confirme que les renseignements indiqués sur ce formulaire sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements, que j'ai fournis à Assurance Green Shield Canada, seront utilisés par Assurance Green Shield Canada pour l'évaluation des demandes de règlement.

**Veillez télécopier à : Assurance Green Shield Canada
1 519 739-0046**