

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 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'APPROVISI ONNEMENT | COÛT | HONORAI RES | HONOR. SS/MONTA NT CDP | CODE D'INTERVE NTION | MONTANT BRUT |
|---|------------|----------------|--------|---------------------------|---|----|-----|---------------------|-----|-----------------|----------------------------------|------|----------------|------------------------------|----------------------------|-----------------|
| | | | | A | M | JD | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

SECTION 3 - DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR MÉDICAMENTS COMPOSÉS

| N° D'IDENTIFICATION DES MEMBRES DU RÉGIME | N° SERV | NOM DE FAMILLE | PRÉNOM | CODE DU COMPOSÉ | QTÉ | JOURS D'APPR OVISION NEMENT | N° D'ORDONNANCE | DATE DE LA PRÉPARATION | | | MONTANT BRUT | HONOR. PROF. _____ COMPOSÉ TEMPS _____ |
|---|------------|----------------|--------|--------------------|-----|--------------------------------------|-----------------|------------------------|------|------|--------------------------------|--|
| | | | | | | | | ANNÉE | MOIS | JOUR | | |
| INGRÉDIENTS | | | | | NIM | | QUANTITÉ | | COÛT | | FACTURÉ PAR MINUTE _____ | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | TOTAL \$ _____ | |
| | | | | | | | | | | | <u>NOM DU MÉDECIN</u> _____ | |
| | | | | | | | COÛT TOTAL | | | | _____ | |

SECTION 4 - AUTORISATION

JE SOUSSIGNÉ, CERTIFIE QUE LES MÉDICAMENTS RÉCLAMÉS 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 (À MOINS D'INDICATION CONTRAIRE DANS VOTRE DOCUMENTATION DU RÉGIME DE PRESTATIONS).

VEUILLEZ INDIQUER SUR L'ENVELOPPE-RÉPONSE :

ASSURANCE GREEN SHIELD CANADA
 C.P. 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 FAX 519.739.6483 OU SANS FRAIS:1.866.797.6483
 greenshield.ca