



C.P. 1623 Windsor (Ontario) N9A 7B3
 à l'attention du : Service de santé complémentaire
 (519) 739-1133 ou Centre du service à la clientèle 1-888-711-1119

Formulaire de demande de règlement pour soins de l'ouïe

CE FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT DOIT ÊTRE REMPLI POUR TOUS LES MEMBRE DU RÉGIME RÉCLAMANT UN REMBOURSEMENT

FOURNISSEUR			PATIENT		
Numéro du fournisseur		N° de téléphone	N° d'identification de Green Shield		
Nom			Nom		
Adresse			Adresse		
Ville	Prov.	Code postal	Ville	Prov.	Code postal
Doit être remplie au complet par le patient/tuteur 1) Ces services sont-ils requis suite à une blessure liée au travail ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 2) Ces services sont-ils requis suite à un accident de véhicule automobile ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 3) Possédez-vous toute autre protection pour les soins de l'ouïe ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si c'est le cas, nom de la compagnie d'assurance _____ Si l'autre protection est offerte par Green Shield, indiquez le numéro d'identification _____			POUR LES RÉSIDENTS DE L'ONTARIO - Une copie du formulaire de règlement du PAAF doit accompagner cette demande de règlement. S'il ne s'agit pas d'une demande de règlement du PAAF, veuillez expliquer pourquoi et fournir une copie de cet audiogramme. POUR LES AUTRES PROVINCES - Fournir une copie de l'audiogramme.		
Appareil auditif recommandé par ORL <input type="checkbox"/> Audiologiste <input type="checkbox"/> Otolaryngologiste <input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Nom : _____ (Veuillez indiquer le nom) Diagnostic (raison pour une prothèse) : _____			Date de service (date de la cueillette) ____ / ____ / ____ aaaa mm jj		
FRAIS					
		Appareil gauche		Appareil droit	
		Total des frais		Total des frais	
Coût d'acquisition					
Moule					
Options (indiquez)					
Honoraires					
Sous total					
ADP/Régime provincial alloué					
Total					
En signant ce formulaire de demande de règlement et(ou) en envoyant les reçus originaux, je confirme que les renseignements indiqués sur ce formulaire sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements, que j'ai fournis à Green Shield Canada sur moi-même et mes personnes à charge, seront utilisés par Green Shield Canada pour l'évaluation des demandes de règlement et tous autres services nécessaires dans l'administration de nos prestations, qui pourraient inclure l'échange de renseignements avec d'autres intervenants dans le but d'administrer cette demande de règlement. Mon(Ma) conjoint(e) et(ou) mes personnes à charge m'autorise(nt) à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet, qui sont utilisés à ces fins. Je comprends que ces renseignements pourraient être vus par le détenteur de la carte.		Réparation (Copie de la facture requise)		du fabricant	
				du fournisseur	
Autres : Batteries Retour					
Je reconnais que les frais indiqués sur cette demande de règlement peuvent ne pas être couverts par ou peuvent dépasser les prestations prévues dans mon contrat. Je reconnais que je suis financièrement responsable envers mon fournisseur du coût de ces services. J'autorise la divulgation des renseignements contenus dans ce formulaire.		(Remplir cette section seulement à la date de la cueillette et seulement si ce formulaire est rempli.) Je cède par la présente mes prestations payables en vertu de cette demande de règlement au fournisseur susmentionné et j'autorise qu'elles lui soient directement versées.		(Il n'est pas nécessaire de joindre un reçu si ce formulaire a été rempli et si cette partie a été signée.) Les frais indiqués sur cette demande de règlement ont été payés au complet par le membre du régime. Veuillez payer le membre du régime pour les frais admissibles.	
Signature du patient ou parent/tuteur		Signature du patient ou parent/tuteur		Signature du fournisseur	

Le patient/membre du régime assumera les coûts engagés à obtenir 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)