

# FORMULAIRE DE RÈGLEMENT POUR SOINS CHRONIQUES / NIVEAU ALTERNATIF DE SOINS

**Comment présenter  
une demande de  
règlement :**

- 1) Ce formulaire doit être rempli au complet par un représentant de l'hôpital et doit être envoyé à notre bureau (attention: Service des demandes de règlement d'hôpital) après le mois pour lequel les frais de copaiement s'appliquent.
- 2) Une évaluation dans le but de déterminer l'admissibilité d'un tarif réduit doit être complétée par un représentant de l'hôpital et les copies des résultats DOIVENT être envoyés avec la demande de règlement initiale. L'hôpital aura à sa disposition un approvisionnement de formulaires d'évaluation puisqu'ils sont envoyés directement à l'hôpital par le Ministère de la Santé.

Nom de l'établissement \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Numéro d'identification Green Shield du patient \_\_\_\_\_

Nom de famille du patient \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

Date de l'admission aux :  soins chroniques \_\_\_\_\_  NAS \_\_\_\_\_

Ce placement est-il  permanent  aux fins de réhabilitation seulement.

Cette demande de règlement est-elle le résultat d'un accident de véhicule automobile ?  Oui  Non

Bénéficiez-vous d'une autre couverture d'assurance collective qui peut comprendre ces services comme prestation?  Oui  Non

Si oui, indiquez le nom de l'autre compagnie d'assurance \_\_\_\_\_

Si l'autre couverture est Green Shield Canada, indiquez le numéro ID Green Shield Canada \_\_\_\_\_

Compte pour la période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Frais mensuels de copaiement \_\_\_\_\_ \$ OU tarif par jour \_\_\_\_\_ \$ X \_\_\_\_\_ jours = \_\_\_\_\_ \$

(Le calcul du tarif par jour se fait pour les facturations mensuelles partielles seulement.)

Genre de chambre occupée :  standard / salle commune  semi-privée  privée

Si le patient a occupé une chambre semi-privée, indiquez les frais pertinents de la différence en plus du

copaiement : \_\_\_\_\_ \$ X \_\_\_\_\_ jours = \_\_\_\_\_ \$

**Directive pour le paiement**

Si le paiement doit être versé directement à l'établissement, veuillez indiquer le numéro de fournisseur Green Shield \_\_\_\_\_

Si le paiement doit être versé au membre du régime, veuillez écrire l'adresse postale au complet à laquelle le chèque doit être envoyé.  
\_\_\_\_\_

**Attestation de l'hôpital**

Nous attestons que le patient susmentionné a résidé dans un lit pour Soins Chroniques/NAS pendant la période facturée. Une évaluation dans le but de déterminer l'admissibilité à un tarif réduit (consulter les règles et lignes directrices du Ministère de la Santé) a été effectuée et les frais indiqués ci-dessus tiennent compte des résultats de l'évaluation.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Signature du représentant de l'hôpital**

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 cette fin. Il est entendu que ces renseignements peuvent être consultés par le titulaire de la carte.

En signant cette demande de règlement ou en soumettant des reçus, j'atteste que les renseignements fournis sont complets et exacts. Je comprends 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 évaluer ma demande de règlement 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 d'administration de la présente demande de règlement.

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 demandes de règlement soumises. Advenant des activités frauduleuses présumées relativement aux demandes de règlement soumises en mon nom ou au nom de mes personnes à charge, j'accepte que ces renseignements soient transmis aux parties intéressées, comme le promoteur de régime, les organismes de réglementation ou les organismes d'application de la loi.

Le patient/membre du régime assumera les coûts engagés pour l'obtention de ces renseignements, s'il y a lieu.

Toutes les demandes de règlement doivent être présentées dans les 12 mois de la date de service (à moins d'indication contraire dans la documentation de votre régime de prestations).

Envoyer le formulaire à : **GREEN SHIELD CANADA**

C. P. Box 1615, Windsor (Ontario) N9A 7J3

**SERVICE À LA CLIENTÈLE 1-888-711-1119 ou (519) 739-1133**