



FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR LA COUVERTURE DE REMPLACEMENT DU RÉGIME PROVINCIAL

Veillez utiliser ce formulaire pour chaque praticien,
ainsi que pour chaque patient

Ce formulaire doit être utilisé pour les visiteurs au Canada et les étudiants étrangers.

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT				RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR			
N° D'IDENTIFICATION GREEN SHIELD CANADA		DATE DE NAISSANCE (AA/MM/JJ) ____/____/____		NUMÉRO DU FOURNISSEUR		N° DE TÉL. DU FOURNISSEUR	
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		NOM DU FOURNISSEUR			
ADRESSE				ADRESSE			
VILLE		PROVINCE	CODE POSTAL	VILLE		PROVINCE	CODE POSTAL
COURRIEL				COURRIEL			
				MÉDECIN <input type="checkbox"/> HÔPITAL <input type="checkbox"/> LABORATOIRE COMMERCIAL <input type="checkbox"/> AMBULANCE <input type="checkbox"/> AUTRE (VEUILLEZ PRÉCISER) _____			
SECTION 2 - HONORAIRES DU MÉDECIN (SERVICES EN CABINET, À DOMICILE, DANS UNE INSTITUTION OU À L'HÔPITAL)							
DESCRIPTION DU TRAITEMENT ADMINISTRÉ	CODE DE DIAGNOSTIC	CODE D'ÉVALUATION	DATE DU TRAITEMENT			FRAIS (\$)	
			AA	MM	JJ		
SECTION 3 – SERVICES HOSPITALIERS							
FRAIS DE TRAITEMENT AVEC HOSPITALISATION				FRAIS DE CONSULTATION EXTERNE / À L'URGENCE			
DATE D'ADMISSION (AA/MM/JJ) :		____/____/____		DESCRIPTION DU TRAITEMENT ADMINISTRÉ :			
DATE DE CONGÉ (AA/MM/JJ) :		____/____/____					
CODE DE DIAGNOSTIC :							
TYPE DE CHAMBRE : (SOINS ACTIFS / DE COURTE DURÉE, MALADIE CHRONIQUE, RÉHABILITATION)							
TARIF PAR JOUR :				CODE DE DIAGNOSTIC :			
NOMBRE DE JOURS :				DATE DU TRAITEMENT (AA/MM/JJ) :		____/____/____	
TOTAL DES FRAIS :		\$		TOTAL DES FRAIS :		\$	
SECTION 4 - LABORATOIRE COMMERCIAL / RADIOLOGIE							
DESCRIPTION DU TRAITEMENT ADMINISTRÉ	CODE DE SERVICE	DATE DU TRAITEMENT			FRAIS (\$)		
		AA	MM	JJ			
SECTION 5 - SERVICES AMBULANCIERS							
RAISON DU DÉPLACEMENT EN AMBULANCE	DATE DU SERVICE			LIEU DE DÉPART DE L'AMBULANCE	DESTINATION DE L'AMBULANCE	FRAIS (\$)	
	AA	MM	JJ				
SECTION 6 - AUTRES SERVICES							
DESCRIPTION DU TRAITEMENT ADMINISTRÉ	DATE DU TRAITEMENT			FRAIS (\$)			
	AA	MM	JJ				
Je certifie que le traitement décrit ci-dessus a été administré et que tous les renseignements fournis sur ce formulaire sont exacts.							
SIGNATURE DU FOURNISSEUR				N° D'IDENTIFICATION/D'ENREGISTREMENT		DATE	

