FORMULAIRE POUR MEMBRES DU RÉGIME MULTIPLES POUR ÉTABLISSEMENTS DE SOINS À LONG TERME

RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR

Nom	Nº du fournisseur	Nº de téléphone ( )
Adresse (nº et rue)	Facturation pour mois de_____, année_____	
Ville Province Code postal	* Catégorie de la chambre : (Veuillez indiquer) S - STANDARD SP - SEMI-PRIVÉE P - PRIVÉE	

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nº DU MEMBRE DU RÉGIME	NOM DE FAMILLE	PRÉNOM(S)	ANNÉE DE NAISSANCE	DATE D'ADMISSION			DATE DE SORTIE			* (voir note précitée)	TARIF PAR JOUR	NBRE DE JOURS FACTURÉS	MONTANT TOTAL PAYABLE
				AA	MM	JJ	AA	MM	JJ				

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.

***REMARQUE :** LE PAIEMENT DES JOURS DE RETENUE DÉPENDRA DES PRESTATIONS CONTRACTUELLES DE L'INDIVIDU.

CERTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SOINS À LONG TERME

Nous certifions que le patient nommé cl-dessus a résidé dans cet établissement et reçu des soins quotidiens pour la période complète facturée et est approuvé par la PCS en vertu des dispositions de la Loi 101 ou de la lol équivalente dans la province où le service est obtenu.

_____ _____

Date Signature du responsable de l'établissement de soins à long terme

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).

LE PATIENT/MEMBRE DU RÉGIME ASSUMERA LES COÛTS ENGAGÉS À L'OBTENTION DE CES RENSEIGNEMENTS, S'L Y A LIEU.

GREEN SHIELD CANADA
C.P. 1615 Windsor (Ontario) N9A 7J3
(519) 739-1133 OR CUSTOMER SERVICE CENTRE 1-888-711-1119