

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DU PATIENT

NUMÉRO DU FOURNISSEUR	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU FOURNISSEUR	
NOM DE LA PHARMACIE		
ADRESSE		
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL

SECTION 2 – DÉTAILS DE LA DEMANDE

N° D'IDENTIFICATION GREEN SHIELD DES MEMBRES DU RÉGIME	N° SERV. (c.-à-d. -00, 01)	NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DATE DE LA PRÉPARATION			NIM	N° D'ORDONNANCE	NOM DU MÉDICAMENT	QTÉ	MONTANT BRUT (COÛT + HONORAIRES)
				A	M	J					

AUX SOINS DE LA PHARMACIE :

VOUS DEVEZ COMPLÉTER LE PRÉSENT FORMULAIRE AVANT QUE TOUTE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES COÛTS D'ACQUISITION NE SOIT CONSIDÉRÉE. AVANT DE REMPLIR CE FORMULAIRE ET DE SOUMETTRE VOTRE DEMANDE, VEUILLEZ VÉRIFIER LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSOUS CONCERNANT LES REMBOURSEMENTS DE MÉDICAMENTS AFIN DE VOUS ASSURER QUE VOTRE DEMANDE EST VALIDE.

Ce n'est que dans les cas où les coûts réels d'acquisition dépassent le prix accordé par Green Shield Canada que Green Shield Canada pourrait revoir à la hausse ses tarifs pour les ajuster à vos coûts (demande de redressement des coûts à l'exploitant). Il faut soumettre une copie de votre facture pour justifier votre demande.

Si le montant versé par Green Shield dépasse vos coûts d'acquisition, vous n'avez pas droit à un redressement des coûts à l'exploitant.

SECTION 3 – AUTORISATION

_____ SIGNATURE DU PHARMACIEN	_____ DATE
----------------------------------	---------------

SECTION 4 – 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 RÉGLEMENT DANS LES 12 MOIS SUIVANT LA DATE DE SERVICE**

VEUILLEZ INDIQUER SUR L'ENVELOPPE-RÉPONSE :

GREEN SHIELD CANADA
BOÎTE POSTALE 1652, WINDSOR (ONTARIO) N9A 7G5
AUX SOINS DU : SERVICE DES MÉDICAMENTS

OU

ENVOYEZ CE FORMULAIRE PAR TÉLÉCOPIEUR ET LA FACTURE JUSTIFICATIVE AU SERVICE SUR LES PRIX DES MÉDICAMENTS DE GREEN SHIELD CANADA AU 1-519-739-6483 OU AU 1-866-797-6483.

CENTRE DU SERVICE À LA CLIENTÈLE 1 888 711-1119 ou 519 739-1133
greenshield.ca