



# FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR SOINS DE LA VUE

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

Il n'est pas nécessaire de joindre les reçus si ce formulaire est rempli au complet par le fournisseur.

| SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT   |  |  |  | RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR   |                      |   |
|---|--|--|--|---|----------------------|---|
| N° D'IDENTIFICATION GREEN SHIELD CANADA   |  | DATE DE NAISSANCE (AA/MM/JJ)<br>____/____/____   |  | NUMÉRO DU FOURNISSEUR   |                      | N° DE TÉL. DU FOURNISSEUR   |
| NOM DE FAMILLE  |  | PRÉNOM   |  | NOM DU FOURNISSEUR  |                      |   |
| ADRESSE   |  |  |  | ADRESSE   |                      |   |
| VILLE   |  | PROVINCE   | CODE POSTAL                                      | VILLE   |                      | PROVINCE  |
|   |  |  |  |   |                      |   |
| ADRESSE DE COURRIEL   |  |  |  | ADRESSE DE COURRIEL   |                      |   |
| SECTION 2 - DÉCLARATION OBLIGATOIRE   |  |  |  |   |                      |   |
| Avez-vous une autre assurance collective qui pourrait couvrir ces services?   |  |  |  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   |                      |   |
| Si nous sommes votre assureur secondaire, veuillez joindre le relevé d'Explication des prestations de l'assureur principal.         |  |  |  |   |                      |   |
| Si l'autre couverture est fournie par Green Shield Canada, veuillez indiquer l'autre numéro de Green Shield Canada : _____          |  |  |  |   |                      |   |
| Voulez-vous coordonner cette réclamation avec votre autre couverture Green Shield Canada?   |  |  |  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   |                      |   |
| Le traitement est-il requis par suite d'un accident de véhicule automobile?   |  |  |  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, indiquez la date de l'accident _____                      |                      |   |
| Le traitement est-il requis par suite d'un accident de travail?   |  |  |  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, indiquez la date de la blessure _____<br>WCB Cas N° _____ |                      |   |
| SECTION 3a - DÉTAILS DE LA RÉCLAMATION POUR L'EXAMEN DE LA VUE  |  |  |  |   |                      |   |
| (FOURNIR DES DÉTAILS UNIQUEMENT SI L'EXAMEN A EU LIEU À LA MÊME ADRESSE QUE CI-DESSUS)  |  |  |  |   |                      |   |
| NUMÉRO DU FOURNISSEUR   |  | EXAMEN DE LA VUE (AAAA/MM/JJ)  |  | MONTANT (\$)  |                      | PAYER LE FOURNISSEUR <input type="checkbox"/>   |
| <input type="text"/>  |  | <input type="text"/>   |  | <input type="text"/>  |                      | PAYER L'ASSURÉ <input type="checkbox"/>   |
| Je certifie que j'ai fait l'examen de la vue décrit ci-dessus et que tous les renseignements fournis sur ce formulaire sont exacts. |  |  |  |   |                      |   |
| NOM DE L'OPTOMÉTRISTE/DE L'OPHTALMOLOGISTE  |  |  | SIGNATURE DE L'OPTOMÉTRISTE/DE L'OPHTALMOLOGISTE |   |                      | NUMÉRO D'ENREGISTREMENT   |
| SECTION 3b - DÉTAILS DE LA RÉCLAMATION POUR LES LUNETTES  |  |  |  |   |                      |   |
| FRAIS   |  | DATE DE RÉCEPTION OU DU PAIEMENT INTÉGRAL DES LUNETTES :   |  |   |                      |   |
| MONTURE   |  | ANNÉE  |  |   | MOIS                 |   |
|   |  | JOUR   |  |   |                      |   |
| LENTILLES POUR LUNETTES   |  | SPHÈRE   | CYLINDRE   | AXE   | PRISME               | DOIT ÊTRE REMPLI PAR LE FOURNISSEUR DANS TOUS LES CAS :<br><input type="checkbox"/> Nouvelle ordonnance<br><input type="checkbox"/> Lunettes de sécurité<br><input type="checkbox"/> Lentilles seulement<br><input type="checkbox"/> Post-cataracte |
| FRAIS D'EXÉCUTION D'ORDONNANCE  |  | D  |  |   |                      |   |
| LENTILLES CORNÉENNES  |  | G  |  |   |                      |   |
| DIVERS/TEST DIAGNOSTIQUE  |  | VERRES BIFOCAUX  | VERRES PROGRESSIFS/BIFOCAUX                      | VERRES TRIFOCAUX  | TEINTE COULEUR ET N° | En cas de réclamation post-cataracte, le patient a-t-il une lentille intraoculaire?<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  |
| 1. _____  |  | D  | D  | D   |                      |   |
| 2. _____  |  | G  | G  | G   |                      |   |
| TOTAL   |  | LENTILLES CORNÉENNES :   |  |   |                      |   |
| PAYÉ PAR LE PATIENT   |  | L'acuité visuelle peut-elle être rétablie à au moins 20/70 dans le meilleur œil avec des lunettes conventionnelles? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  |  |   |                      |   |
| SOLDE AU FOURNISSEUR  |  | L'acuité visuelle peut-elle être rétablie à au moins 20/40 dans le meilleur œil avec des lunettes conventionnelles? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  |  |   |                      |   |
|   |  | Sont-elles nécessaires sur le plan médical en raison d'un kératocône, d'un astigmatisme irrégulier, d'une courbure irrégulière de la cornée ou dystrophie cornéenne? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |  |   |                      |   |
| REMPILIR CETTE SECTION LE JOUR DE LA PRISE DE POSSESSION  |  |  |  |   |                      |   |
| Je certifie que j'ai pris possession de mes lunettes et que tous les renseignements fournis sur ce formulaire sont exacts.          |  |  |  |   |                      |   |
| SIGNATURE DU PATIENT OU DU TUTEUR LÉGAL   |  |  |  | DATE  |                      |   |

**SECTION 4 - AUTORISATION ET CONSENTEMENT**

Chez Green Shield Canada (« **GSC** », « **nous** », « **notre** » ou « **nos** »), le respect et la protection de la confidentialité de vos renseignements personnels est une priorité. Afin que nous puissions vous fournir les services pour lesquels nous avons été engagés, vous devez comprendre certaines choses et y consentir. Nous pouvons recueillir ou recevoir de vous ou d'autres parties, et utiliser, partager, divulguer et traiter vos renseignements personnels et, le cas échéant, les renseignements personnels de votre conjoint, de vos enfants et d'autres personnes à charge (collectivement, « **vous** », « **vos** » ou « **vos** »), qui peuvent comprendre le nom, l'âge, l'historique des demandes de règlement, les revenus, l'adresse électronique, les fournisseurs de services dont les services ont été retenus ainsi que les renseignements bancaires. Nous pouvons le faire à diverses fins liées à l'administration de votre régime de garanties et pour vous fournir d'autres produits et services, y compris, mais sans s'y limiter : coordination des prestations avec d'autres assureurs; administration et évaluation des demandes de règlement; vérifications et enquêtes et prise de mesures pour la prévention ou la suppression de demandes de règlement qui sont potentiellement ou qui s'avèrent être abusives ou frauduleuses; contrôles d'identité; facturation et perception de primes; souscription médicale; communication avec d'autres fournisseurs de services, communication avec des tiers pour confirmer l'exactitude des demandes de règlement, fourniture de services contractuels, ou à des fins de gestion de la santé ou de programmes de gestion de la santé; collecte de renseignements sur les services fournis, analyse de données, y compris de renseignements sur la façon dont vous utilisez nos produits et services, afin de nous aider à prendre des décisions éclairées et à améliorer les produits et services que nous offrons; déterminer si d'autres produits et services pourraient vous intéresser et envoyer des détails à leur sujet; conformité aux lois et règlements applicables; et toute autre activité qu'une personne raisonnable considérerait comme associée à l'administration de votre régime de garanties. Dans le cadre de la réalisation de ces objectifs, nous pouvons recueillir et recevoir vos renseignements personnels, les partager avec d'autres personnes à l'extérieur de GSC ou les communiquer à de telles personnes, y compris, mais sans s'y limiter : votre employeur, le(s) promoteur(s) de votre régime de garanties et des conseillers en assurance, si vos garanties sont fournies par le régime de garanties collectif de votre employeur; des fournisseurs de garanties (p. ex., des pharmaciens, des massothérapeutes); des organismes de réglementation professionnels (p. ex., l'Ordre des pharmaciens); des organismes gouvernementaux; des organismes d'application de la loi (locaux, provinciaux et fédéraux); des entités industrielles de mutualisation en assurance-médicaments (p. ex., la Société canadienne de mutualisation en assurance médicaments); des fournisseurs de services tiers de GSC qui nous aident à administrer votre régime de garanties et à vous fournir d'autres produits et services connexes, et tout autre tiers qui pourrait être approprié ou raisonnablement nécessaire pour atteindre les objectifs énoncés ci-dessus. Bien que le partage des renseignements personnels soit intrinsèquement risqué, nous appliquons des procédures acceptables sur le plan commercial pour sécuriser et protéger vos renseignements personnels en utilisant des mesures technologiques, physiques et organisationnelles appropriées conçues pour protéger les renseignements personnels. Si nous communiquons vos renseignements personnels sans autorisation, nous vous en aviserions en respectant les lois en matière de protection des renseignements personnels applicables. De plus amples renseignements sur nos pratiques en matière de confidentialité se trouvent dans notre politique de confidentialité accessible à [www.greenshield.ca](http://www.greenshield.ca) qui constitue une partie nécessaire et intégrante du présent consentement relatif à la confidentialité. Nous pouvons de temps à autre réviser notre politique de confidentialité pour tenir compte de modifications dans la législation ou la réglementation, par exemple, ou lorsque nous ajoutons de nouvelles fonctionnalités ou lançons de nouveaux produits ou services. La toute dernière version de la politique régira la façon dont nous traitons vos données personnelles et sera toujours accessible à [www.greenshield.ca](http://www.greenshield.ca). Vous pouvez communiquer avec notre responsable de la confidentialité à [privacy.office@greenshield.ca](mailto:privacy.office@greenshield.ca) si vous avez une question ou une plainte à formuler.

**En apposant votre signature ci-dessous, vous donnez votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation par GSC de vos renseignements personnels comme il est expliqué ci-dessus, et vous reconnaissez que votre conjoint, vos enfants et les autres personnes à votre charge (le cas échéant) vous ont autorisé à divulguer et à recevoir leurs renseignements personnels, et à signer le présent consentement relatif à la confidentialité en leur nom. Vous convenez que les photocopies, télécopies ou versions électroniques de ce consentement sont aussi valides que l'original. Vous pouvez retirer votre consentement en tout temps en envoyant un avis écrit à GSC à [privacy.office@greenshield.ca](mailto:privacy.office@greenshield.ca) mais, si vous le faites, GSC ne pourra plus administrer votre régime de garanties ni traiter vos demandes de règlement.**

\_\_\_\_\_

Nom

\_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_

Date

**SECTION 5 - CESSION DES PRESTATIONS**

J' AUTORISE PAR LA PRÉSENTE LE PAIEMENT DIRECT AU FOURNISSEUR.

LES FRAIS ÉNUMÉRÉS DANS CETTE RÉCLAMATION ONT ÉTÉ PAYÉS EN ENTIER PAR LE PATIENT. VEUILLEZ RÉMBOURSER LE PATIENT DIRECTEMENT.

\_\_\_\_\_

SIGNATURE DU PATIENT OU DU TUTEUR LÉGAL

\_\_\_\_\_

SIGNATURE DU FOURNISSEUR

**SECTION 6 - INSTRUCTIONS POUR L'ENVOI**

**TOUTES LES RÉCLAMATIONS DOIVENT ÊTRE REÇUES DANS LES 12 MOIS QUI SUIVENT LA DATE À LAQUELLE LE SERVICE A ÉTÉ OBTENU (sauf indication contraire dans les documents relatifs à votre régime de garanties). VEUILLEZ JOINDRE LES DOCUMENTS ORIGINAUX et conserver des copies pour vos dossiers, puisque les reçus originaux ne seront pas retournés.**

**Le patient ou l'assuré assumera les frais engagés pour l'obtention de ces renseignements, le cas échéant.**

**SERVICE DES SOINS DE LA VUE**

C.P. 1615  
WINDSOR (ONTARIO)  
N9A 7J 3

CENTRE DE SERVICE À LA CLIENTÈLE 1 888 711-1119 ou 519 739-1133

[greenshield.ca](http://greenshield.ca)