GreenShield Assurance

C.P. 1615
WINDSOR (ONTARIO) N9A 7J3
à l'attention du : service de santé complémentaire
ou Centre du service à la clientèle 1-888-711-1119

FORMULAIRE POUR HOSPITALISATION MULTIPLE

RENSEIGNEMENTS DU FOURNISSEUR

Numéro du fournisseur — Nº de téléphone ( )

Nom

Adresse

Ville — Province — Code postal

Catégorie d'hôpital : ☐ Général ☐ Chronique ☐ Convalescence/Réhab ☐ Autre

LE NUMÉRO DU FORNISSEUR DOIT ÊTRE INCLUS FAUTE DE QUOI LA DEMANDE DE RÈGLEMENT SERA RETOURNÉEÀ
UTILISER SEULEMENT POUR LES MEMBRES DU RÉGIME ET PERSONNES À CHARGE DE GREENSHIELD QUI SONT HOSPOTALISÉS(ES) ET QUI DEMANDENT ET OCCUPENT UNE CHAMBRE SEMI-PRIVÉE OU PRIVÉE. LES RENSEIGNEMENTS SOUMIS ET LES PAIEMENTS SONT SUJETS À VÉRIFICATION.

ATTENTION ADMINISTRATEUR:L'ADMINISTRATEUR DÉCLARE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SONT EXACTS ET ASSURANCE GREEN SHIELD CANADA SE RÉSERVE LE DROIT DE RÉDUIRE TOUT PAIEMENT DE PRESTATIONS ULTÉRIEUR ADVENANT LE CAS OÙ UNE VÉRIFICATION RÉVÉLERAIT QUE LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS ÉTAIENT FAUX.

** AVM - ACCIDENT VÉHICULE MOTORISÉ

CE FORMULAIRE A POUR BUT DE FACILITER LA MARCHE À SUIVRE POUR PRÉSENTER LES DEMANDES DE RÈGLEMENT. LE PAIEMENT SERA VERSÉ SUITE À LA RÉCEPTION DE CE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI.

** AVM O/N	N° d'identification du patient	Nom et prénom du patient	Date d'admission			Date de sortie			N° d'enregistrement du patient	Jours de prestations	Tarif par jour	Montant réclamé	Catégone de chambre A - Actif R - Réhab. CH - Chronique/soins continus ALC - Soins au niveau alternatifs	
			AA	MM	JJ	AA	MM	JJ					Semi-privée (2 lits)	Privée (1 lit)

PAR LA PRÉSENTE, JE CERTIFIE QUE LES JOURNÉES FACTURÉES ONT ÉTÉ FOURNIES AU MEMBRE DU RÉGIME OU LA PERSONNE À CHARGE DONT LE NOM APPARAÎT CI-DESSUS, SELON SA PRÉFÉRENCE.

TOTAL

_____ Période se terminant le _____

Signature du responsable autorisé de l'hôpital

TOTAL

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 Assurance Green Shield Canada à mon sujet et au sujet des personnes à ma charge seront utilisés par Assurance 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 Assurance 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 règlementation ou les organismes d'application de la loi.