ASSURANCE DENTAIRE
FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

En caractères d'imprimerie s.v.p.

PARTIE 1 – DENTISTE

N° UNIQUE	SPÉC.	N° DE DOSSIER DU PATIENT

JE CÈDE AU DENTISTE NOMMÉ DANS LA PRÉSENTE LES INDEMNITÉS PAYABLES EN VERTU DE CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT ET JE CONSENS À CE QU'ELLES LUI SOIENT VERSÉES DIRECTEMENT.

SIGNATURE DU PARTICIPANT

PATIENT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____ APP. _____

VILLE _____ PROV. _____ CODE POSTAL _____

DENTISTE

TÉLÉPHONE _____

RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, LES PROCÉDURES OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES.

DUPLICATA ☐

IL SE PEUT QUE LES FRAIS INDIQUÉS SUR CETTE DEMANDE NE SOIENT PAS COUVERTS PAR LE RÉGIME AUQUEL JE PARTICIPE OU QU'ILS NE SOIENT COUVERTS QU'EN PARTIE. IL M'INCOMBE DONC DE VOIR À CE QUE MON DENTISTE SOIT RÉMUNÉRÉ POUR TOUS LES SOINS RENDUS. JE RECONNAIS QUE LE TOTAL DES HONORAIRES S'ÉLÈVE À _____ $, QUE CE MONTANT EST EXACT ET QU'IL M'A ÉTÉ FACTURÉ POUR LES SOINS REÇUS. JE CONSENS À CE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SOIENT DIVULGUÉS À L'ASSUREUR OU À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME. J'AUTORISE ÉGALEMENT LA DIVULGATION DE L'INFORMATION LIÉE À LA COUVERTURE DES SERVICES DÉCRITS DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE AU DENTISTE NOMMÉMENT DÉSIGNÉ.

SIGNATURE DU PATIENT (DES PARENTS OU DU TUTEUR) _____

VÉRIFICATION

DATE DU TRAITEMENT JOUR	MOIS	ANNÉE	CODE DE LA PROCÉDURE	CODE INT. DE LA DENT	SURFACES DE LA DENT	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS

LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF ERREURS OU OMISSIONS.

TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS

DIRECTIVES

Toutes les demandes de règlement aux termes du régime collectif sont soumises par le truchement du participant du régime. Il se peut que nous échangions des renseignements personnels au sujet des demandes de règlement avec le participant et avec une personne agissant en son nom, au besoin, aux fins de la vérification de l'admissibilité et de la gestion des demandes de règlement.

1. Faites remplir la partie 1 par votre dentiste.
2. Remplissez les parties 2 et 3 réservées au salarié.
3. Si vous voulez que le paiement soit fait directement au dentiste, signez l'autorisation à cet effet à la partie 1 ci-dessus. La cession des prestations est irrévocable. La Great-West peut discuter des renseignements relatifs à cette demande de règlement avec le cessionnaire.
4. Envoyez la présente demande de règlement à :

Questions : 1-800-957-9777 **(sans frais)**

Service Des indemnites de Regina
Case postale 4408
Regina SK S4P 3W7

Pour les sourds et les malentendants :
Numéro sans frais : 1 800 990-6654

PARTIE 2 – RENSEIGNEMENTS SUR LE SALARIÉ

Régime n° 136627 _____ Division n° _____ Numéro d'identification du salarié _____

Nom du régime FEBCIC

Nom du salarié _____ Date de naissance ____ / ____ / ____ (Jour / Mois / Année)

Adresse du salarié _____

À la Great-West, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de service), écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Great-West ou consultez l'adresse www.lagreatwest.com.

J'autorise la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de services travaillant avec la Great-West, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger les renseignements personnels nécessaires aux fins précitées. Il est entendu que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets.

Signature du salarié _____ Date _____

PARTIE 3 – COORDINATION DES PRESTATIONS

1. Lien de parenté du patient avec le salarié : _____ 2. Date de naissance du patient ____ / ____ / ____ (Jour / Mois / Année)
3. Si le patient est un enfant, demeure-t-il avec vous? ☐ Oui ☐ Non
4. Si le patient est un enfant âgé de 18 ans ou plus :
   a) Étudie-t-il à temps plein? ☐ Oui ☐ Non b) S'il est étudiant, combien d'heures de cours a-t-il par semaine? _____
   c) Travaille-t-il? ☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, précisez combien d'heures par semaine : _____
5. a) Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations d'un autre régime? ☐ Oui ☐ Non
   Dans l'affirmative, nom du membre de la famille assuré _____ Lien de parenté avec le salarié _____
   Nom de l'autre assureur _____ Police numéro _____
   b) Un des membres de votre famille (à l'exclusion de vous-même) est-il couvert à titre de salarié par le présent régime? ☐ Oui ☐ Non
   c) Dans l'affirmative à la question 5a) ou b) ci-dessus, et si le patient est un enfant à charge, donnez la date de naissance du conjoint : ____ / ____ / ____ (Jour / Mois / Année)
6. Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident? ☐ Oui ☐ Non
   Dans l'affirmative, donnez la date et l'endroit de l'accident et décrivez ce qui s'est produit. _____
7. Une demande a-t-elle été présentée à la CSST? ☐ Oui ☐ Non
8. Le cas échéant, les prothèses, couronnes ou ponts sont-ils mis en place pour la première fois? ☐ Oui ☐ Non
   Dans la négative, indiquez la date de la dernière mise en place et dites pourquoi les prothèses, couronnes ou ponts doivent être remplacés.
   _____

©La Great-West, compagnie d'assurance-vie (la Great-West), tous droits réservés. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Great-West est strictement interdite.