

ENVOYEZ LA PRÉSENTE DEMANDE À :

Questions : (sans frais)

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

DIRECTIVES : Il est important de donner le détail des frais et d'annexer les factures et les reçus.
À noter : Les factures et les reçus de médicaments, autres que ceux exigés aux termes des régimes d'assurance-médicaments d'État, font partie intégrante de nos dossiers et ne seront pas retournés. Par conséquent, veuillez conserver, aux fins de la déclaration de revenus, le détail du règlement que nous vous ferons parvenir, accompagné ou non d'un chèque.

IMPORTANT : Veuillez répondre à toutes les questions. La présente demande sera retournée si les renseignements nécessaires sont erronés ou incomplets. Toutes les demandes de règlement aux termes du régime collectif sont soumises par le truchement du participant du régime. Il se peut que nous échangeons 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.

En caractères d'imprimerie s.v.p.

PARTIE 1 RENSEIGNEMENTS SUR LE SALARIÉ						
RÉGIME N°	DIVISION N°	NOM DU RÉGIME				
NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU SALARIÉ		NOM DU SALARIÉ			DATE DE NAISSANCE (Année / Mois / Jour)	
ADRESSE : NUMÉRO ET RUE		VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	N° DE TÉLÉPHONE	
				DOMICILE :	TRAVAIL :	

PARTIE 2 COORDINATION DES PRESTATIONS	
Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations d'un autre régime? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Dans l'affirmative, indiquez le nom du membre de la famille assuré. _____ Lien de parenté avec le salarié _____	
Nom de l'autre assureur _____ Numéro de la police _____	
Un des membres de votre famille (à l'exclusion de vous-même) est-il couvert à titre de salarié par le présent régime? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Dans l'affirmative, indiquez le nom du membre de la famille assuré. _____	
Dans l'affirmative à l'une ou l'autre question ci-dessus, et si le patient est un enfant à charge, indiquez la date de naissance du conjoint ____ / ____ / ____	
Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Année Mois Jour	
Dans l'affirmative donnez la date et l'endroit de l'accident et décrivez ce qui s'est produit.	

Une demande de règlement a-t-elle été présentée à la CSST? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

PARTIE 3 RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE						Enfant de plus de 18 ans				
Nom du patient	Lien de parenté avec le salarié	Date de naissance			Le patient habite-t-il avec vous?		Étudie-t-il à temps plein?	S'il est étudiant, combien d'heures de cours a-t-il par semaine?	Travaille-t-il?	Combien d'heures par semaine?
		Année	Mois	Jour	OUI	NON				
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTIE 4 RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT (Si vous avez besoin de plus d'espace, annexe une feuille.)					
FRAIS DE MÉDICAMENTS			AUTRES FRAIS		
Nom du patient	Nombre de reçus	Total des frais	Type de frais	Nature de la maladie	Total des frais

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 _____