

<b>1<sup>re</sup> PARTIE - DENTISTE</b>		N <sup>o</sup> UNIQUE	SPÉC.	N <sup>o</sup> 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.
P A T I E N T	NOM	PRÉNOM	D E N T I S T E	TÉLÉPHONE	
	ADRESSE	APP.			
	VILLE	PROV.			CODE POSTAL

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

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.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU PATIENT (DES PARENTS OU DU TUTEUR)

\_\_\_\_\_  
VÉRIFICATION / SIGNATURE DU DENTISTE

DUPLICATA

DATE DU TRAITEMENT							CODE DE L'ACTE	CODE INT. DES DENTS	SURFACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS	DIRECTIVES
JOUR	MOIS	ANNÉE											
													<p>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 vérification de l'admissibilité et de gestion des demandes de règlement. La Great-West peut demander à un participant de régime de fournir des documents qui prouvent l'admissibilité d'une personne à charge par suite de la sélection aléatoire de demandes de règlement en cours.</p> <p>1. Demander au dentiste de remplir la 1<sup>re</sup> partie. 2. Remplir la 2<sup>e</sup> partie. 3. Envoyer la présente demande de règlement à :</p> <p>MEMBRES À L'EXTÉRIEUR DU CANADA : Prestations, Soins médicaux et Soins dentaires de la Great-West Service des indemnités, Assurés à l'étranger CP 6000 Winnipeg MB R3C 3A5</p> <p>RÉSIDENTS DU QUÉBEC, SAUF RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE : Service des indemnités de Montréal Place Bonaventure Bureau 5800 800, rue de la Gauchetière Ouest Montréal QC H5A 1B9</p> <p>TOUS LES AUTRES RÉSIDENTS DU CANADA : Service des indemnités de Winnipeg CP 6025 Succursale Main Winnipeg MB R3C 3C7</p> <p>1 855 415-4414 Ligne ATS pour les sourds et les malentendants : 1 800 990-6654</p>

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

**TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS**

**2<sup>e</sup> PARTIE - EMPLOYÉ (en lettres moulées, s.v.p.)**

1. Nom de l'employé au complet

Numéro du régime

Numéro du certificat de l'employé

**C F**

Adresse de l'employé

2. Lien du patient avec l'employé

Date de naissance du patient

Le patient est-il un enfant handicapé à charge, âgé de 21 ans ou plus?  Oui  Non

3. S'il s'agit d'un enfant à charge, âgé de 21 à 25 ans, est-il un étudiant à temps plein?  Oui  Non

Nom de l'établissement d'enseignement

4. S'il s'agit d'un conjoint de fait, la relation existe-t-elle depuis au moins un an?  Oui  Non

5. Est-ce que vous ou vos personnes à charge avez droit à des prestations, à titre d'employé, aux termes du présent régime ou de tout autre régime collectif?  Oui  Non

NOM DE LA PERSONNE COUVERTE

POLICE N<sup>o</sup> ET N<sup>o</sup> D'IDENTIFICATION

NOM DU RÉGIME DENTAIRE / DE L'AUTRE

6. Si vous avez répondu par l'affirmative à la question 5 et que le patient est un enfant à votre charge, donnez la date de naissance de l'employé (jour/mois) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ et celle de l'époux ou du conjoint de fait (jour/mois) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

7. Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident?  Oui  Non

Dans l'affirmative, donnez la date et le lieu de l'accident et décrivez ce qui s'est produit.

Dans l'affirmative, êtes-vous membre du Régime de soins de santé de la fonction publique? (Joindre une copie du règlement aux termes du Régime de soins de santé)  Oui  Non

8. S'il s'agit de prothèses, couronnes ou ponts, sont-ils mis en bouche pour la première fois? (Joindre les radiographies de prétraitement dans le cas de couronnes ou ponts.)  Oui  Non

Si non, indiquez la date de la dernière mise en bouche et donnez les raisons du remplacement.

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](http://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 de l'employé \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_