

*Veillez remplir l'Annexe A et l'Annexe B (au verso).
Ces formulaires seront renvoyés au demandeur s'ils ne sont pas dûment remplis.*

IMPORTANT : *Votre régime d'assurance-maladie provincial ne couvre pas les frais engagés à l'étranger qui lui sont présentés plus de 90 jours après la date des soins ou services en cause. Le présent document doit être retourné, dûment rempli (recto et verso), à la Great-West au moins trois semaines avant l'expiration de ce délai pour être transmis à temps au régime d'assurance-maladie (MSP), sous peine de refus de paiement de la part du régime et de la Great-West.*

Annexe A

CONVENTION DE CESSION DE PRESTATIONS PAYABLES EN VERTU DE LA MEDICARE PROTECTION ACT OU DE LA HOSPITAL INSURANCE ACT.

ENTRE _____
(nom du patient) (« le Cédant »), d'une part,

ET : LA GREAT-WEST, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE
(« la Great-West » ou « le Cessionnaire »), d'autre part,

ET : SA MAJESTÉ DU CHEF DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE REPRÉSENTÉE PAR LE MINISTRE DE
LA SANTÉ
(« le Ministre »)

ATTENDU QUE le Cédant est admissible à des services assurés ou à des prestations prévus à la Medicare Protection Act ou à la Hospital Insurance Act de la Colombie-Britannique et peut, à ce titre, être remboursé par le Ministre pour les services susdits;

ET ATTENDU QUE le Cédant est tenu, aux termes d'un contrat avec le Cessionnaire, de remettre à celui-ci tout paiement ainsi reçu du Ministre,

POUR CES MOTIFS, le Cédant cède par les présentes à la Great-West toutes les sommes qui lui sont dues par le Ministre et qui sont visées par l'obligation susdite. Le Ministre est par les présentes autorisé à verser ces sommes directement au Cessionnaire, à l'adresse indiquée ci-dessus ou à toute autre adresse indiquée par celui-ci. En ce qui concerne les paiements ainsi effectués, le Ministre est entièrement quitte envers le Cédant et ses héritiers ou autres ayants cause.

FAIT le _____

Signature du Cédant _____

TÉMOIN : Signature _____ Profession _____

La cession est valable du _____ / _____ / _____ AU _____ / _____ / _____
(dates des premiers et des derniers services visés) Jour Mois Année Jour Mois Année

Numéro de certificat ou d'identification de la Great-West _____

N° de régime de la Great-West / Employeur _____

Annexe B

AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Je soussigné, _____
(patient)

(OU _____
(assuré si le patient est une personne à charge mineure)

parent ou tuteur de, _____ qui est mineur)

autorise par les présentes le ministère de la Santé à fournir à tout représentant de La Great-West, compagnie d'assurance-vie tous les renseignements qu'il possède à l'égard de demandes de règlement portant sur des services de santé reçus pendant que j'étais assuré, entre le (indiquez les dates du voyage) _____* et le _____*, y compris les antécédents médicaux et l'état de santé antérieur et postérieur à ces services, peu importe le temps écoulé et le rapport entre ces services et les renseignements fournis.

* Inscrire la date dans l'ordre suivant : jour, mois, année.

FAIT le _____

N° d'identification médical personnel : _____

Signature : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____