

**DIRECTIVES**

1. Remplissez au complet les pages 1 et 2 du présent formulaire.
2. Joignez les reçus à l'égard de tous les soins, services fournitures et conservez une copie pour vos dossiers, car vos reçus originaux ne seront pas retournés.
3. Envoyez la présente demande au Service des indemnités prévu pour votre régime. Voir la PARTIE 10.

\* Saviez-vous que vous pouvez soumettre la plupart des demandes de règlement en ligne et recevoir vos paiements plus rapidement grâce au service de dépôt direct?

Pour obtenir de plus amples renseignements, rendez-vous à l'adresse suivante <http://groupnet.greatwestlife.com>.

LA PRÉSENTE CONSTITUE UNE :  Demande de règlement  Plan de traitement/estimation

Toutes les demandes de règlement aux termes du régime collectif sont soumises par le 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 aux fins de vérification de l'admissibilité et de gestion des demandes de règlement.

**PARTIE 1 – Confirmation, autorisation et signature**

J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets. J'atteste que tous les biens et services mentionnés dans la présente demande de règlement ont été reçus par moi, mon conjoint ou mes personnes à charge; et que mon conjoint ou mes personnes à charge sont admissibles aux termes de mon régime.

La soumission de demandes de règlement frauduleuses est un acte criminel. La Great-West prend au sérieux les cas présumés de demandes de règlement frauduleuses et elle pourrait les signaler à votre employeur ou au répondant de votre régime, ainsi qu'à l'organisme d'application de la loi pertinent.

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. J'autorise la Great-West, tout prestataire de soins de santé ou de soins dentaires, 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 prestataire 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.

Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux prestataires de services), écrivez au chef de la conformité de la Great-West ou rendez-vous à l'adresse [www.lagreatwest.com](http://www.lagreatwest.com).

Signature du participant de régime X \_\_\_\_\_

Date :

Jour

Mois

Année

**PARTIE 2 – Renseignements sur le participant de régime** – Vous devez remplir cette section au complet. Si vous n'êtes pas certain du nom ou du numéro de votre régime, ou encore de votre numéro d'identification de participant, veuillez communiquer avec votre gestionnaire de régime.

Nom du régime \_\_\_\_\_

Numéro du régime \_\_\_\_\_

Numéro d'identification du participant \_\_\_\_\_

**Nom du participant**

Prénom \_\_\_\_\_

Nom de famille \_\_\_\_\_

**Adresse du participant**

Numéro et rue \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

**Date de naissance :**

Jour \_\_\_\_\_

Mois \_\_\_\_\_

Année \_\_\_\_\_

**Langue de correspondance :**

Français

Anglais

**PARTIE 3 – Coordination des prestations** – Remplissez cette partie pour indiquer si vous ou un membre de votre famille avez droit à des prestations aux termes de tout autre régime.

1. Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations aux termes d'un autre régime collectif pour les frais présentés au titre de la demande de règlement?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous.

2. À qui appartient l'autre assurance?  Moi-même  Conjoint  Enfant

Prénom \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

3. Si le patient est un enfant à charge, indiquez la date de naissance du conjoint :

Jour \_\_\_\_\_

Mois \_\_\_\_\_

4. Est-ce que l'autre assurance est également souscrite auprès de la Great-West?  Oui  Non\*

Dans l'affirmative, veuillez indiquer ce qui suit : Numéro du régime de la Great-West \_\_\_\_\_ Numéro d'identification \_\_\_\_\_

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

Dans l'affirmative, de quel type d'accident s'agit-il?  Accident de véhicule motorisé  Autre, veuillez expliquer. \_\_\_\_\_

6. Une demande de règlement a-t-elle été présentée à la CSST?  Oui  Non

\*Si l'autre assurance n'est pas souscrite auprès de la Great-West et que vous avez soumis les frais à votre autre assureur, veuillez annexer à la présente le détail du règlement fourni par l'autre assureur. Un détail du règlement est requis même si l'autre assureur n'a pas versé de prestations.

**PARTIE 4 – Renseignements sur le patient** – Remplir pour tous les frais; une ligne par patient.

Nom du patient Prénom / nom de famille	Lien de parenté avec le participant Moi-même    Enfant    Conjoint			Date de naissance du patient Jour    Mois    Année			S'il s'agit d'un enfant de 18 ans ou plus			Le patient vit-il avec le participant de régime? Oui    Non	
							Étudie-t-il à temps plein?		S'il travaille, combien d'heures par semaine?		
							Heures par semaine	Oui			
	<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 5 – Renseignements sur la demande de règlement** – Si vous avez besoin de plus d'espace, annexe une feuille.

Nom du patient – Prénom / nom de famille	Type de frais	Nature de la maladie

**PARTIE 6 – Frais de médicaments sur ordonnance** – À eux seuls, les reçus de carte de débit ou de carte de crédit ne sont pas suffisants. Les reçus originaux d'une pharmacie, d'une clinique ou d'un médecin sont requis.

Tous les reçus doivent comporter les renseignements suivants :

- Nom du patient
- Date du service
- Numéro d'ordonnance
- Nom du médicament
- Quantité délivrée
- Numéro d'identification du médicament (DIN)

Veillez noter que les reçus pour des médicaments délivrés en Ontario doivent inclure les frais d'exécution d'ordonnance.

**PARTIE 7 – Frais de soins paramédicaux** – Pour les soins de chiropraticien, de physiothérapeute, de massothérapeute, de psychologue, etc.

Tous les reçus doivent comporter les renseignements suivants :

- Nom du patient
- Date des soins ou des services
- Nom du traitement fourni
- Frais pour chaque soin ou service
- Nom, adresse et numéro de téléphone du fournisseur de soins, titre professionnel et association professionnelle
- Montant payé par le régime provincial, s'il y a lieu

**PARTIE 8 – Frais médicaux** – Pour les fournitures, appareils et services médicaux.

Tous les reçus doivent comporter les renseignements suivants :

- Nom du patient
- Date à laquelle l'article a été reçu
- Nom de l'article acheté ou description détaillée des services ou des fournitures
- Frais de chaque article/service
- Nom, adresse et numéro de téléphone du fournisseur et titre professionnel
- Montant payé par le régime provincial, s'il y a lieu

**PARTIE 9 – Frais de soins oculaires** – Chirurgie au laser, lunettes, verres de contact et examens de la vue.

Précisions sur les reçus Tous les reçus doivent comporter les renseignements suivants : • Nom du patient • Ventilation des frais pour les lentilles et les montures ou l'examen de la vue • Date à laquelle les lunettes ou verres de contact ont été reçus • Date à laquelle l'examen de la vue a été effectué ou payé	Nom du patient Prénom / nom de famille	Raison de l'achat des lentilles (cochez toutes les raisons applicables)			
		Ordonnance initiale	Changement d'ordonnance	Perte ou bris	Aucune de ces raisons
		<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 10 – Présentation de votre demande de règlement**

Veillez envoyer votre demande de règlement au Service des indemnités indiqué ci-dessous. S'il n'y a rien d'indiqué, veuillez communiquer avec le gestionnaire de votre régime pour obtenir l'adresse.

**Questions :**



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