

DEMANDE DE PROTECTION POUR UNE PERSONNE À CHARGE AYANT ATTEINT L'ÂGE LIMITE D'ADMISSIBILITÉ

Directives : Prière d'écrire lisiblement en caractères d'imprimerie.

1. Le participant de régime doit remplir les sections 1, 2 et 3. Le médecin doit remplir la section 4.
2. Le formulaire doit être rempli au complet pour éviter tout retard dans le traitement de la demande. Une fois que nous aurons reçu tous les renseignements requis et évalué la demande, nous informerons le participant de régime par écrit de notre décision.
3. Le participant de régime doit conserver une copie du formulaire pour ses dossiers.
4. Le régime ne couvre pas les frais exigés pour fournir les renseignements médicaux requis; ces frais sont à la charge du participant de régime.

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli à :

Unité Soins médicaux et Soins dentaires
La Great-West, compagnie d'assurance-vie
CP 6000
Winnipeg MB R3C 3A5
Télécopieur : 204 938-2820
Courriel : MedicalServices.gwl.ca

Des questions?

Appelez au numéro sans frais : 1 800 957-9777 ou consultez le livret d'avantages sociaux de la Great-West
Numéro sans frais pour les personnes sourdes ou malentendantes : 1 800 990-6654

Comme le courrier électronique n'est pas un moyen de communication sûr, nous encourageons toute personne préoccupée par la possibilité qu'un tiers non autorisé intercepte ses renseignements médicaux à utiliser un autre moyen de communication.

Section 1 – Renseignements sur le participant de régime			
Numéro de régime	Numéro d'identification du participant		
Nom	Prénom		
Adresse	Ville et province	Code postal	
Section 2 – Renseignements sur la personne à charge			
Nom	Prénom		
Lien avec le participant de régime	Date de naissance	État matrimonial <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié/conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Lieu de résidence de la personne à charge			
Domicile du participant de régime <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel	Foyer de groupe <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel	Hôpital <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel	Autre : _____ <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel
Formation de la personne à charge			
Plus haut niveau de scolarité atteint : _____		La personne à charge fréquente-t-elle actuellement un établissement d'enseignement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Dans l'affirmative, le fréquente-t-elle à temps plein? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Date prévue de la fin du programme (jj-mm-aa) : _____	
Nom du programme et de l'établissement : _____			
Dans la négative, date du dernier jour de fréquentation : _____			
À noter : Veuillez joindre la plus récente évaluation pédagogique ou toute autre évaluation effectuée en milieu scolaire.			
Emploi de la personne à charge			
La personne à charge a-t-elle déjà exercé un emploi? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, indiquez les dates des emplois les plus récents et le type d'emploi exercé.			
Période d'emploi Du (jj-mm-aa) au (jj-mm-aa)	Employeur	Appellation du poste	Salaire mensuel moyen Nombre d'heures par semaine

Section 3 – Autorisation et déclaration

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.

Signature du participant de régime _____ Date (jj-mm-aa) _____

Section 4 – Déclaration du médecin traitant

Diagnostic primaire : _____

Diagnostic secondaire : _____

Date du diagnostic de la ou des maladies : _____

Capacités fonctionnelles

La capacité PHYSIQUE fonctionnelle du patient est-elle atteinte? Oui Non L'atteinte est-elle permanente? Oui Non s. o.

Si l'atteinte n'est pas permanente, quand le patient devrait-il se rétablir ou son état s'améliorer? _____

Le fonctionnement COGNITIF du patient est-il atteint? Oui Non L'atteinte est-elle permanente? Oui Non s. o.

Si l'atteinte n'est pas permanente, quand le patient devrait-il se rétablir ou son état s'améliorer? _____

Décrivez la nature et la gravité du déficit cognitif. **(Joindre l'évaluation cognitive ou le rapport neuropsychologique les plus récents.)**

Les capacités du patient énumérées ci-dessous sont-elles atteintes?

Rester en position assise	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisions : _____
Se déplacer	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisions : _____
Soulever ou porter une charge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisions : _____
Faire preuve de dextérité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisions : _____
Parler	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisions : _____
Entendre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisions : _____
Voir	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisions : _____

Indiquez si le patient a besoin d'aide pour effectuer les activités ci-dessous et, le cas échéant, le type d'aide requise :

Soins personnels ou d'hygiène (se laver, s'habiller, utiliser les toilettes)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Transport (conduire, prendre l'autobus)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Traitement (prendre ses médicaments, aller à ses rendez-vous)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Routine, horaire (planifier son horaire et le respecter)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Finances personnelles (faire des opérations bancaires, payer les factures, faire un budget)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Prise de décision (faire preuve de jugement pour prendre de bonnes décisions)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Entretien du foyer (faire la cuisine, le ménage, les courses)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Planification (capacité de faire des plans pour l'avenir)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Type d'aide requise (*aide technique, soins, matériel adapté*) :

Aide offerte par (*agences ou personnes offrant de l'aide*) :

Traitement (*médicaments, thérapies et autres traitements; joindre une copie des tests, évaluations et consultations les plus récents*)

Date du dernier rendez-vous : _____ Date du prochain rendez-vous : _____

Décrivez le plan de traitement actuel (utilisez une feuille supplémentaire si nécessaire).

Quels autres médecins ou prestataires de soins de santé participent au traitement du patient (utilisez une feuille supplémentaire si nécessaire)

Nom	Spécialité	Adresse
_____	_____	_____

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Pronostic : _____

Veuillez ajouter tout autre commentaire qui selon vous serait utile pour la compréhension de l'état du patient.

Je déclare qu'à ma connaissance les renseignements fournis dans la présente section sont véridiques.

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) : _____ Spécialité : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Adresse : _____

Signature du médecin : _____ Date (jj-mm-aa) : _____