

**Ce formulaire doit uniquement accompagner la première
demande pour un lecteur de glycémie en continu.**

**Les frais exigés pour remplir le présent formulaire ou
pour obtenir des renseignements médicaux ne sont pas
couverts par votre régime.**

DIRECTIVES

1. Remplissez au complet les pages 1 et 2 du présent formulaire.
2. Les parties 1 à 5 doivent être remplies par le participant de régime. Le médecin doit remplir la partie 6.
3. Veuillez joindre une estimation et en conserver une copie pour vos dossiers, car les documents originaux ne vous seront pas retournés.
4. Envoyez la présente demande au Service des indemnités prévu pour votre régime. Voir la partie 7.

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 qui sont liés au présent formulaire et qui peuvent faire l'objet d'une demande de règlement seront reçus par moi, mon conjoint ou mes personnes à charge; j'atteste également 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 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 _____

Année _____

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. _____

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			Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTIE 5 – Frais estimés – Veuillez joindre une copie de votre estimation

Type de frais	Frais estimés

Veillez demander à votre médecin prescripteur de remplir la partie 6. Vous devez fournir ces renseignements uniquement lorsqu'il s'agit de votre première demande pour un lecteur de glycémie en continu et les fournitures s'y rattachant.

PARTIE 6 – Confirmation de l'admissibilité à un lecteur de glycémie en continu et aux fournitures s'y rattachant (cette section doit être remplie par le médecin)

1. Prescrivez-vous ou avez-vous déjà prescrit à ce patient un lecteur de glycémie en continu et les fournitures s'y rattachant? Oui Non
2. Veuillez confirmer le diagnostic du patient : Diabète de type 1 Diabète de type 2 Autre _____
3. Le patient utilise-t-il de l'insuline pour contrôler sa glycémie? Oui Non
4. Le patient utilise-t-il une insuline à action prolongée ou une insuline à action rapide? action prolongée action rapide

Nom et adresse du médecin : _____

Numéro d'inscription : _____


Signature du médecin : _____

Date : Jour Mois Année

PARTIE 7 – Présentation de votre demande de règlement

Veillez envoyer le présent formulaire 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.

Des questions? Composez sans frais le

 Personnes sourdes ou malentendantes :
Numéro sans frais : 1 800 990-6654