



1^{re} PARTIE - DENTISTE			N ^o UNIQUE	SPÉC.	N ^o DE DOSSIER DU PATIENT	JE CÈDE AU DENTISTE NOMMÉ DANS LA PRÉSENTE LES INDEMNITÉS PAYABLES EN VERTU DE CETTE DEMANDE DE RÉGLEMENT 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						SIGNATURE DU PARTICIPANT										
	ADRESSE	APP.				TÉLÉPHONE													
	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 TOUTS 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 TOUTS 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)															
DUPLICATA <input type="checkbox"/>									VÉRIFICATION / SIGNATURE DU DENTISTE										
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												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. 1. Demander au dentiste de remplir la 1 ^{re} partie. 2. Remplir la 2 ^e partie. 3. ENVOYER LE FORMULAIRE À : EMPLOYÉS À Prestations, Soins médicaux et L'EXTERIEUR Soins dentaires de la Great-West DU CANADA : Service des indemnités pour l'étranger Case postale 6000 Winnipeg (Manitoba) R3C 3A5 RÉSIDENTS DU QUÉBEC, SAUF RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE : Indemnités Montréal Place Bonaventure Bureau 5800 800, rue de la Gauchetière Ouest Montréal (Québec) H5A 1B9 TOUS LES AUTRES RÉSIDENTS DU CANADA : Indemnités Winnipeg Case postale 6025, succ. Main Winnipeg (Manitoba) R3C 3C7					
LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF ERREURS OU OMISSIONS.									TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS										
2^e PARTIE - EMPLOYÉ (en lettres moulées, s.v.p.)																			
1. Nom de l'employé au complet						Choix de langue			Numéro du régime		Numéro du certificat de l'employé								
						<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais					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										
						Jour Mois Année			à charge, âgé de 21 ans ou plus? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										
3. S'il s'agit d'un enfant à charge, âgé de 21 à 25 ans, est-il un étudiant à temps plein? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																			
Nom de la maison d'enseignement																			
4. S'il s'agit d'un conjoint de fait, la relation existe-t-elle depuis au moins un an? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																			
5. Est-ce que vous ou vos personnes à charge avez droit à des prestations, à titre d'employé, en vertu du présent régime ou de tout autre régime collectif? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																			
NOM DE LA PERSONNE COUVERTE						POLICE N ^o ET N ^o D'IDENTITÉ			NOM DU RÉGIME DENTAIRE/AUTRE ASSUREUR										
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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 copie du règlement du Régime de soins de santé) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																			
8. S'il s'agit de prothèses, couronnes ou ponts, sont-ils mis en bouche pour la première fois? (Joindre radiographies de prétraitement dans le cas de couronnes ou ponts.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No																			
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 protection 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 fournisseur de soins de santé, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes gouvernementaux ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de soins travaillant avec la Great-West à échanger les renseignements personnels nécessaires, au besoin, aux fins précitées. J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets.																			
Signature de l'employé _____										Date : _____									