



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	
	ADRESSE	APP.			
	VILLE	PROV.	CODE POSTAL		TÉLÉPHONE

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)

VÉRIFICATION / SIGNATURE DU DENTISTE

DUPLICATA

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												
													<p>Toutes les demandes de règlement aux termes du régime collectif sont soumises par le truchement du 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, au besoin, aux fins de vérification de l'admissibilité et de gestion des demandes de règlement.</p> <p>1. Demander au dentiste de remplir la 1^{re} partie. 2. Remplir la 2^e partie 3. ENVOYER LE FORMULAIRE À :</p> <p>EMPLOYÉS À L'EXTÉRIEUR Prestations, Soins médicaux et Soins dentaires de la Great-West DU CANADA : Service des indemnités pour l'étranger Case postale 6000 Winnipeg (Manitoba) R3C 3A5</p> <p>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</p> <p>TOUS LES AUTRES RÉSIDENTS DU CANADA : Indemnités Winnipeg Case postale 6025, succ. Main Winnipeg (Manitoba) R3C 3C7</p>	

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 : Français Anglais

Numéro du régime : _____

Numéro du certificat de l'employé : **C F** _____

Adresse de l'employé _____

2. Lien du patient avec l'employé _____

Date de naissance du patient : Jour _____ Mois _____ Année _____

Le patient est-il un enfant handicapé à charge, âgé de 21 ans ou plus? Oui Non

3. S'il s'agit d'un enfant à charge, âgé de 21 à 25 ans, est-il un étudiant à temps plein? Oui 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? Oui 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? Oui 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? Oui 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) Oui 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.) Oui Non

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 : _____