

PARTIE 1 - DENTISTE		N° UNIQUE	SPÉC.	N° DE DOSSIER DU PATIENT	JE CÈDE AU DENTISTE NOMMÉ DANS LA PRÉSENTE LES INDEMNITÉS PAYABLES EN VERTU DE CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT 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.				
	VILLE	PROV.				CODE POSTAL
	TÉLÉPHONE					
RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, LES PROCÉDURES 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 TOUS 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 TOUS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SOIENT DIVULGUÉS À L'ASSUREUR OU À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME. J'AUTORISE ÉGALEMENT LA DIVULGATION DE L'INFORMATION LIÉE À LA COUVERTURE DES SERVICES DÉCRITS DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE AU DENTISTE NOMMÉMENT DÉSIGNÉ.			
DUPLICATA <input type="checkbox"/>			SIGNATURE DU PATIENT (DES PARENTS OU DU TUTEUR) _____			
			VÉRIFICATION			

DATE DU TRAITEMENT							CODE DE LA PROCÉDURE		CODE INT. DE LA DENT	SURFACES DE LA DENT	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 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 la vérification de l'admissibilité et de la gestion des demandes de règlement.	
														1. Faites remplir la partie 1 par votre dentiste.	
														2. Remplissez les parties 2 et 3 réservées au salarié.	
														3. Si vous voulez que le paiement soit fait directement au dentiste, signez l'autorisation à cet effet à la partie 1 ci-dessus. La cession des prestations est irrévocable. La Great-West peut discuter des renseignements relatifs à cette demande de règlement avec le cessionnaire.	
														4. Envoyez la présente demande de règlement à :	
														Service des indemnités de Regina	
														Case postale 4408	
														Regina (Saskatchewan) S4P 3W7	
														Anglais : 1 800 957-9777	
														 Pour les sourds et les malentendants :	
														Numéro sans frais : 1 800 990-6654	
LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF ERREURS OU OMISSIONS.											TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS				

PARTIE 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE SALARIÉ

Régime n° _____ Division n° _____ Numéro d'identification du salarié _____

Nom du régime _____

Nom du salarié _____ Date de naissance _____ / _____ / _____
Jour Mois Année

Adresse du salarié _____

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 fournisseur de soins de santé, 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 fournisseur 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. J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets.

Signature du salarié _____ Date _____

PARTIE 3 - COORDINATION DES PRESTATIONS

1. Lien de parenté du patient avec le salarié : _____ 2. Date de naissance du patient _____ / _____ / _____
Jour Mois Année

3. Si le patient est un enfant, demeure-t-il avec vous? Oui Non

4. Si le patient est un enfant âgé de 18 ans ou plus :

a) Étudie-t-il à temps plein? Oui Non b) S'il est étudiant, combien d'heures de cours a-t-il par semaine? _____

c) Travaille-t-il? Oui Non Dans l'affirmative, précisez combien d'heures par semaine : _____

5. a) Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations d'un autre régime? Oui Non

Dans l'affirmative, nom du membre de la famille assuré _____ Lien de parenté avec le salarié _____

Nom de l'autre assureur _____ Police numéro _____

b) Un des membres de votre famille (à l'exclusion de vous-même) est-il couvert à titre de salarié par le présent régime? Oui Non

c) Dans l'affirmative à la question 5a) ou b) ci-dessus, et si le patient est un enfant à charge, donnez la date de naissance du conjoint : _____ / _____ / _____
Jour Mois Année

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

Dans l'affirmative, donnez la date et l'endroit de l'accident et décrivez ce qui s'est produit. _____

7. Une demande a-t-elle été présentée à la CSST? Oui Non

8. Le cas échéant, les prothèses, couronnes ou ponts sont-ils mis en place pour la première fois? Oui Non

Dans la négative, indiquez la date de la dernière mise en place et dites pourquoi les prothèses, couronnes ou ponts doivent être remplacés.