

ENVOYEZ LA PRÉSENTE DEMANDE À :

**DIRECTIVES :** Remplissez un formulaire distinct pour chaque membre de la famille à l'égard duquel vous présentez une demande de règlement. Joignez-y les factures afférentes aux frais faisant l'objet de la demande, lesquels doivent être détaillés dans l'espace ci-dessous prévu à cette fin.

**IMPORTANT :** La présente demande sera retournée si les renseignements nécessaires sont erronés ou incomplets. 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.

*En caractères d'imprimerie s.v.p.*

PARTIE 1 RENSEIGNEMENTS SUR LE SALARIÉ						
RÉGIME N°	DIVISION N°	NOM DU RÉGIME				
NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU SALARIÉ		NOM DU SALARIÉ			DATE DE NAISSANCE (Année / Mois / Jour)	
ADRESSE : NUMÉRO ET RUE		VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	N° DE TÉLÉPHONE	
				DOMICILE :		TRAVAIL :

PARTIE 2 RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT			
NOM DU PATIENT		LIEN DE PARENTÉ	DATE DE NAISSANCE (Année / Mois / Jour)
S'il s'agit d'une personne à charge, est-ce qu'elle demeure avec vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
S'il s'agit d'un enfant âgé de 18 ans ou plus :			
a) Étudie-t-il à temps plein? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, combien d'heures de cours a-t-il par semaine? _____			
b) Travaille-t-il? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, combien d'heures par semaine? _____			

PARTIE 3 COORDINATION DES PRESTATIONS	
Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations d'un autre régime? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Dans l'affirmative, indiquez le nom du membre de la famille assuré _____ Lien de parenté avec le salarié _____	
Nom de l'autre assureur _____ Numéro de la police _____	
Un des membres de votre famille (à l'exclusion de vous-même) est-il assuré à titre de salarié par le présent régime? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Dans l'affirmative, indiquez le nom du membre de la famille _____	
Dans l'affirmative à l'une ou l'autre question ci-dessus, et si le patient est un enfant à charge, indiquez la date de naissance du conjoint _____ / _____ / _____ Année Mois Jour	

PARTIE 4 À REMPLIR PAR L'OPTICIEN OU L'OPTOMÉTRISTE			
Date des services _____	Genre de lentilles		Motif de l'achat (cochez) :
	Oeil gauche	Oeil droit	
DÉTAIL Monture _____ \$	Verre ordinaire _____	_____	a) première ordonnance _____
DES Verre droit _____ \$	Unifocales _____	_____	b) nouvelle ordonnance _____
FRAIS Verre gauche _____ \$	Bifocales _____	_____	c) remplacement à la suite d'une perte ou d'un bris _____
Autres _____ \$	Trifocales _____	_____	d) autres (précisez) _____
TOTAL _____ \$	Cornéennes _____	_____	
Précisez la nature des frais figurant à la rubrique "Autres" ci-dessus et indiquez-en le montant exact. (Par exemple : durcissement, coloration, verre photochromatique, lentilles plus grandes que la normale, etc.).			
S'il s'agit de verres teintés, indiquez la teinte.			
Si un opticien signe le présent formulaire, donnez le nom de l'optométriste ou de l'ophtalmologiste qui a rédigé l'ordonnance			
Je suis dûment diplômé et reconnu comme <input type="checkbox"/> ophtalmologiste <input type="checkbox"/> optométriste <input type="checkbox"/> opticien			
Signature _____		Date _____	
Adresse _____		Numéro de téléphone _____	

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 d'État 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, aux fins précitées. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale pour les besoins de la déclaration de revenus et comme numéro d'identification, au besoin, aux fins de l'administration du régime. J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets.

Signature du salarié \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_