LA Great-West COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

RELEVÉ DES FRAIS MÉDICAUX

DIRECTIVES : Il est important de donner tous les détails des frais et d'annexer les factures et les reçus.
Remarque : Les factures et les reçus de médicaments, autres que ceux exigés en vertu des régimes d'assurance-médicaments gouvernementaux font partie intégrante de nos dossiers et ne seront pas retournés. Par conséquent, veuillez conserver, aux fins de l'impôt sur le revenu, le détail du règlement accompagnant notre chèque.

IMPORTANT : Veuillez répondre à toutes les questions. 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 vérification de l'admissibilité et de gestion des demandes de règlement.

En caractères d'imprimerie s.v.p.

RENSEIGNEMENTS SUR LE SALARIÉ

NUMÉRO DU RÉGIME	N^{O} DE LA DIVISION	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^{O} DE TÉLÉPHONE DOMICILE : BUREAU :

SOUHAITEZ-VOUS QUE TOUTE PORTION NON REMBOURSÉE AU TITRE DE LA PRÉSENTE DEMANDE LE SOIT AU TITRE DE VOTRE COMPTE DE GESTION DES DÉPENSES SANTÉ ☐ OUI ☐ NON

SI LA DEMANDE DE RÈGLEMENT EST PRÉSENTÉE AUX TERMES DU COMPTE DE GESTION DES DÉPENSES SANTÉ, ÊTES-VOUS, AUTORISÉ À VOUS PRÉVALOIR D'UN CRÉDIT D'IMPÔT POUR FRAIS MÉDICAUX EN VERTU DE LA LOI DE L'IMPÔT SUR LE REVENU (CANADA) AU NOM DU PATIENT? ☐ OUI ☐ NON

COORDINATION DES PRESTATIONS

Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations d'une autre source? ☐ Oui ☐ 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 couvert à titre de salarié par le présent régime? ☐ Oui ☐ Non

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 _____ (Jour) / _____ (Mois)

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

_____

Une demande de règlement a-t-elle été présentée à la CSST? ☐ Oui ☐ Non

ENVOYEZ LA PRÉSENTE DEMANDE À :

Indemnités London
255, avenue Dufferin
London (Ontario) N6A 4K1
1 800 263-5742
LIGNE ATS - disponible pour les sourds et les malentendants
Numéro sans frais:1 800 990-6654
Téléphone: (204) 946-7281

RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE

Nom du patient	Lien de parenté avec le salarié	Date de naissance Année	Mois	Jour	Le patient habite-t-il avec vous? OUI	NON	Étudie-t-il à temps plein? OUI	NON	**Enfant de plus de 18 ans** S'il est étudiant, combien d'heures passe-t-il à l'école par semaine?	Travaille-t-il? OUI	NON	Combien d'heures par semaine?
					☐	☐	☐	☐		☐	☐	
					☐	☐	☐	☐		☐	☐	
					☐	☐	☐	☐		☐	☐	
					☐	☐	☐	☐		☐	☐	
					☐	☐	☐	☐		☐	☐	

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

	FRAIS DE MÉDICAMENTS			**AUTRES FRAIS**		
Nom du patient	Nombre de reçus	Total des frais	Type de frais	Nature de la maladie	Total des frais

(SI VOUS AVEZ BESOIN DE PLUS D'ESPACE, ANNEXEZ UNE FEUILLE SÉPARÉE)

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'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 _____

EFFACER

© La Great-West, compagnie d'assurance-vie (« la Great-West »), tous droits réservés. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Great-West est strictement interdite.