

DEMANDE DE RÈGLEMENT – CARTE ASSURÉ
(Pour les demandes de règlement présentées au moyen d'une carte de médicaments seulement)

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.

Section 1 – RENSEIGNEMENTS SUR LE SALARIÉ – Cette section DOIT être remplie en entier par le salarié.

Nom de l'employeur : _____

Nom du salarié : _____

Adresse du salarié : _____

C.P./N° d'appartement, Numéro et rue

Ville

Province

Code postal

**NUMÉRO
D'IDENTIFICATION
CARTE ASSURÉ**

1 1

(Assurez-vous de transmettre le numéro au complet)

Great-West
COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

Complétez et envoyez à :

Indemnités Winnipeg
Case postale 3050
Winnipeg (Manitoba) R3C 4E5

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? (s'il y a lieu) Oui Non

Si le patient n'est pas le conjoint du salarié ou un enfant de moins de 21 ans, le salarié a-t-il droit à un crédit d'impôt pour frais médicaux aux termes de la Loi de l'impôt sur le revenu du Canada à l'égard du patient? Oui Non

S'agit-il d'un ajustement pour une demande de règlement déjà payée? Oui Non

Section 2 – RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR – CETTE SECTION DOIT INDICHER TOUS LES RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR. IMPORTANT – L'Original des factures de médicaments DOIT être joint à la demande de règlement.

Nom du patient	Code du patient*	Date de naissance du patient (JJ/MM/AAAA)	Nombre de reçus	Montant

*CODE DU PATIENT : Salarié = 01; Conjoint = 02; PAC sous l'âge maximum = 03; Étudiant dépassant l'âge maximum = 04; PAC invalide = 05

Section 3 – ÉTUDIANT DÉPASSANT L'ÂGE MAXIMUM (Code du patient 04)

Si votre police comporte une couverture pour étudiant dépassant l'âge maximum, veuillez compléter la présente section :

Nom de l'institution d'enseignement : _____

Adresse de l'institution : _____

Veuillez communiquer avec votre bureau des avantages sociaux afin d'obtenir plus de renseignements sur la présente section.

Section 4 – COORDINATION DES PRESTATIONS

Votre conjoint est-il couvert par un autre régime d'assurance-maladie, d'assurance collective, de prestations d'accidents du travail ou par un régime gouvernemental? Oui Non

Le cas échéant, inscrivez le nom du régime ou de l'assureur : _____

Numéro de la police collective/du régime collectif : _____ N° de certificat/d'identification : _____

Date de naissance du conjoint : Jour _____ Mois _____

Si vous avez soumis cette demande de règlement à un autre régime d'assurance, vous **DEVEZ** joindre la copie originale du Détail du règlement de ce régime et les **COPIES** des reçus.

Section 5 – DEMANDES DE RÈGLEMENT POUR DES FRAIS ENGAGÉS À L'ÉTRANGER

Si la demande de règlement concerne des médicaments achetés dans un autre pays, vous devez compléter la présente section :

Nom du pays où les médicaments ont été achetés : _____ Devise monétaire du pays : _____

Nature de la maladie : _____ But du voyage : _____

Date du départ : _____ Date réelle du retour : _____

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 : _____

LE FORMULAIRE VOUS SERA RETOURNÉ S'IL N'EST PAS REMPLI ENTIÈREMENT. CONSERVEZ UNE COPIE POUR VOS DOSSIERS.