SOCIÉTÉ RADIO-CANADA
SOINS DENTAIRES - FORMULE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

La Great-West Compagnie d'assurance-vie

CBC Radio-Canada

L'Association dentaire canadienne — Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes

1re PARTIE - DENTISTE

N° UNIQUE	SPÉC.	N° DE DOSSIER DU PATIENT

PATIENT

NOM PRÉNOM

ADRESSE APP.

VILLE PROV. CODE POSTAL

DENTISTE

TÉLÉPHONE

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.

SIGNATURE DU PARTICIPANT

RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, OU LES ACTES, OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES

DUPLICATA ☐

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.

SIGNATURE DU PATIENT (DES PARENTS OU DU TUTEUR)

VÉRIFICATION / SIGNATURE DU DENTISTE

DATE DU TRAITEMENT JOUR	MOIS	ANNÉE	CODE DE L'ACTE	CODE INT. DES DENTS	SURFACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS

LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF ERREURS OU OMISSIONS.

TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS

DIRECTIVES

Toutes les demandes de règlement aux termes du régime collectif sont soumises par le truchement de l'employé du régime. Il se peut que nous échangions des renseignements personnels au sujet des demandes de règlement avec l'employé et avec une personne agissant en son nom, au besoin, aux fins de vérification de l'admissibilité et de gestion des demandes de règlement.

1. Faites remplir la 1re partie par votre dentiste.
2. Remplissez les 2e et 3e parties réservées à l'employé.
3. Envoyez la présente demande de règlement à :

RÉSIDENTS DU QUÉBEC :
Indemnités Montréal
Place Bonaventure Bureau 5800
800, rue de la Gauchetière Ouest
Montréal (Québec) H5A 1B9
1 800 663-2817 (514) 878-1288
LIGNE ATS - disponible pour les sourds et les malentendants
Numéro sans frais:1 800 990-6654
Téléphone: (204) 946-7281

TOUS LES AUTRES :
Indemnités Winnipeg
Case postale 3050
Winnipeg (Manitoba) R3C 4E5
1 800 957-9777 (204) 942-3589
LIGNE ATS - disponible pour les sourds et les malentendants
Numéro sans frais:1 800 990-6654
Téléphone: (204) 946-7281

2e PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR L' EMPLOYÉ

RÉGIME N° ☐ **51693 - GCM** ☐ **51694 - CADRES, DE CONFIANCE, APS** ☐ **51891 - SCRC** ☐ **55431 - STARF**

N° DE L'EMPLOYÉ _____

NOM DE L' EMPLOYÉ _____ DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ (JOUR / MOIS / ANNÉE)

ADRESSE DE L' EMPLOYÉ _____

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 _____

3e PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

1. Lien de parenté avec l' employé : _____ 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 a) Étudie-t-il à plein temps? ☐ Oui ☐ Non
   Âgé de 18 ans ou plus : b) S'il est étudiant, combien d'heures passe-t-il à l'école 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'une autre source? ☐ Oui ☐ Non
   Dans l'affirmative, nom du membre de la famille assuré _____ Lien de parenté avec l'employé _____
   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 d'employé par le présent régime? ☐ Oui ☐ Non
   c) Dans l'affirmative à la question a) ou b) ci-dessus, et si le patient est un enfant à charge, donnez la date de naissance du conjoint : ____ / ____ (Jour / Mois)
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. La 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.

_____

M445D(CBC) BIL-3/05

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.