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.

En caractères d'imprimerie s.v.p.

1re PARTIE : DÉCLARATION DU SALARIÉ

NUMÉRO DU RÉGIME	Nº DE LA DIVISION	NOM DU RÉGIME
139197	2	Le Nouvelliste, Trois-Rivières

NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU SALARIÉ	NOM DU SALARIÉ	DATE DE NAISSANCE (Année Mois Jour)

ADRESSE : NUMÉRO ET RUE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	Nº DE TÉLÉPHONE
				DOMICILE : BUREAU :

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

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?	Enfant de plus de 18 ans: Travaille-t-il? OUI NON	Enfant de plus de 18 ans: 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)

Les renseignements personnels que nous recueillons sont conservés dans la plus grande confidentialité et serviront à l'évaluation de votre demande de règlement et à l'administration du régime collectif. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale à titre de numéro d'identification lorsqu'il est nécessaire dans l'administration de mon régime collectif. J'autorise la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance, toute organisation ou tout fournisseur d'avantages sociaux travaillant avec la Great-West à échanger les renseignements, au besoin aux fins d'évaluer ma demande de règlement et de gérer le régime collectif. J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance, véridiques, corrects et complets.

SIGNATURE DU SALARIÉ _____ DATE _____

EFFACER