



1^{re} PARTIE - DENTISTE			N° UNIQUE	SPÉC.	N° DE DOSSIER DU PATIENT	JE CÈDE AU DENTISTE NOMMÉ DANS LA PRÉSENTE LES INDEMNITÉS PAYABLES EN VERTU DE CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT ET JE CONSENS À CE QUE ELLES LUI SOIENT VERSÉES DIRECTEMENT.
P A T I E N T	NOM _____ PRÉNOM _____	D E N T I S T E	TÉLÉPHONE _____			SIGNATURE DU PARTICIPANT _____
ADRESSE _____ APP. _____		RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, OU LES ACTES, OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES.				
VILLE _____ PROV. _____ CODE POSTAL _____						
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 AU GESTIONNAIRE DU RÉGIME.			
Duplicata <input type="checkbox"/>			SIGNATURE DU PATIENT (DES PARENTS OU DU TUTEUR) _____			
VÉRIFICATION / SIGNATURE DU DENTISTE _____			COMMENT PRÉSENTER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT			
LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF ERREURS OU OMISSIONS.			IMPORTANT : Toutes les demandes de règlement aux termes du régime collectif sont soumises par l'intermédiaire 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.			
TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS			1. Faites remplir la 1 ^{re} partie par votre dentiste. 2. Remplissez les 2 ^e et 3 ^e parties réservées au salarié. 3. Si vous voulez que le paiement soit fait directement au dentiste, signez l'autorisation à cet effet à la 1 ^{re} partie. La cession des prestations est irrévocable. La Great-West peut discuter des renseignements relatifs à cette demande de règlement avec le cessionnaire.			

2^e PARTIE RENSEIGNEMENTS SUR LE SALARIÉ

Nom du salarié _____ Date de naissance _____
Jour / Mois / Année

Adresse du salarié _____

Nom du groupe ou du régime **CAPREIT LIMITED PARTNERSHIP** Numéro du régime **157493** N° d'identification _____ N° de division _____

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 de mon régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'Etat ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de services 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 du salarié _____ Date _____

3^e PARTIE RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

1. Nom du patient _____ 2. Lien de parenté avec le salarié _____ 3. Date de naissance du patient _____ 4. Si le patient est un enfant, demeure-t-il avec vous? Oui Non
Jour / Mois / Année
5. Si le patient est un enfant âgé de plus de 18 ans :
 - a) Étudie-t-il à temps plein? Oui Non S'il est étudiant, combien d'heures passe-t-il à l'école par semaine? _____
 - b) Travaille-t-il? Oui Non Dans l'affirmative, combien d'heures par semaine? _____
6. 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
7. a) Avez-vous droit, vous ou un membre de votre famille, à des prestations de soins dentaires aux termes d'un autre régime? Oui Non
 Dans l'affirmative, indiquez le nom du membre assuré de la famille. _____ Lien de parenté avec le salarié _____
 Nom de l'autre compagnie d'assurance _____ N° de police _____
- b) L'un des membres de votre famille (autre que vous-même) est-il assuré par le présent régime à titre de salarié? Oui Non
 Dans l'affirmative, indiquez le nom du membre de la famille _____
- c) Dans l'affirmative à la question 7 a) ou b), et si le patient est un enfant à charge, donnez la date de naissance du conjoint. _____ / _____
Jour Mois
8. Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident? Oui Non Dans l'affirmative, indiquez la date, le lieu et les circonstances de l'accident.

9. 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.

**LES FRAIS COUVERTS AUX TERMES DU COMPTE DE GESTION DES DÉPENSES SANTÉ (CGDS)
SONT REMBOURSÉS EN TOTALITÉ, EN FONCTION DES CRÉDITS DISPONIBLES. LES DEMANDES
DE REMBOURSEMENT PARTIEL NE PEUVENT ÊTRE ACCEPTÉES.**

ENVOYEZ LA PRÉSENTE DEMANDE À :

Service des indemnités de London
255, avenue Dufferin
London (Ontario) N6A 4K1
Sans frais : 1 800 263-5742 ou Tél. : 519 435-6903



Pour les sourds et les malentendants :
Numéro sans frais : 1 800 990-6654
Téléphone : 204 946-7281

**LISTE DE CONTRÔLE —
RELEVÉ DES FRAIS DENTAIRES**

- 1) LE SALARIÉ A-T-IL SIGNÉ AU RECTO DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT?
- 2) LE FOURNISSEUR DES SERVICES A-T-IL SIGNÉ LA DEMANDE DE RÈGLEMENT?
- 3) TOUS LES DOCUMENTS À L'APPUI DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT Y ONT-ILS ÉTÉ ANNEXÉS? EXEMPLES :
 - DÉTAIL DU RÈGLEMENT DE LA GREAT-WEST OU DE L'AUTRE ASSUREUR (LORSQUE L'ASSUREUR A DÉJÀ TRAITÉ OU VERSÉ UNE PARTIE DES PRESTATIONS)
 - LE RÈGLEMENT POURRAIT ÊTRE RETARDÉ SI LE PRÉSENT FORMULAIRE N'EST PAS REMPLI CORRECTEMENT.