DEMANDE DE RÈGLEMENT
FRAIS ENGAGÉS À L'ÉTRANGER

POUR LES RÉSIDENTS DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST, DU NUNAVUT ET DU YUKON

Veuillez remplir les deux côtés du présent formulaire en caractères d'imprimerie.

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.

Les prestations à l'égard des frais médicaux engagés à l'étranger vous seront versées sous réserve des limites de la protection aux termes de votre assurance collective, du paiement des frais par le régime d'assurance-maladie de votre province et de la coordination des prestations avec d'autres assureurs. Le présent formulaire de demande de règlement nous permettra de vous rembourser les frais médicaux admissibles engagés à l'étranger et de coordonner vos prestations directement avec les autres assureurs en votre nom.

Veuillez dûment remplir les deux côtés de la présente demande de règlement, y compris la partie « Déclaration visant une autre assurance » au verso. Votre demande de règlement ne sera prise en considération que si le présent formulaire est dûment rempli. Le présent formulaire, tous vos reçus originaux pour les frais de médicaments et les copies de tous vos reçus que vous avez fait parvenir au régime d'assurance-maladie de votre province, de même que le relevé de confirmation ou de refus de paiement, doivent être envoyés à la Great-West, Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger, C.P. 6000, Winnipeg (Manitoba) Canada R3C 3A5. Vos reçus seront conservés par la Great-West. Les frais engagés au Canada doivent faire l'objet d'une demande de règlement distincte. Si vous avez des questions, veuillez communiquer directement avec la Great-West au 1 800 957-9777 et demander à parler à un représentant du service à la clientèle du Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom du salarié _____

Adresse postale complète _____

_____ Numéro de téléphone _____

Employeur _____ Régime n° _____ Numéro d'identification _____

J'autorise par les présentes la divulgation des renseignements ou données nécessaires relativement à ma demande de règlement auprès de la Great-West ou auprès de l'un de ses agents autorisés, et je certifie que ces renseignements sont, à ma connaissance, véridiques, exacts et complets.

Signature du salarié _____ Date _____

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. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de service), écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Great-West ou consultez l'adresse www.lagreatwest.com.

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 d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, de même que toute organisation ou tout fournisseur de services travaillant avec la Great-West, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger les renseignements personnels nécessaires aux fins précitées. Il est entendu que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient _____ Date de naissance _____

Lien avec le salarié _____ Raison du voyage _____

Date de départ _____ Date de retour prévue _____

Date de retour réelle _____ Pays visité _____ Devise _____

Veuillez donner une brève description de la maladie ou de la blessure qui a nécessité des soins à l'extérieur du Canada :

_____

_____

_____

_____

Date du début des symptômes _____

Date à laquelle vous avez reçu pour la première fois des soins médicaux pour ces symptômes. _____

Avant son départ du Canada, le patient était-il au courant de son affection, ou recevait-il des traitements pour cette affection? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, quand a-t-il été traité pour la dernière fois au Canada? _____

J'autorise la Great-West à rembourser directement les fournisseurs de soins.

Signature du salarié _____

©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.

RELEVÉ DES FRAIS

Nombre total de factures annexées à la présente demande de règlement. _____
Donnez le détail des frais ci-dessous. Si vous manquez d'espace, annexez une page distincte.

DATE	FOURNISSEUR	MONTANT
	VALEUR TOTALE EN DOLLARS DES FACTURES SOUMISES	$

DÉCLARATION VISANT UNE AUTRE ASSURANCE

Avez-vous, vous ou un membre de votre famille, droit à des prestations d'assurance-maladie ou d'assurance-voyage aux termes de toute autre police, y compris une autre assurance collective offerte par un employeur, une assurance-voyage privée ou individuelle, ou une assurance au titre d'une carte de crédit?

☐ **OUI** ☐ **NON**

Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

Type de l'autre assurance : (collective, individuelle, carte de crédit)		**Nom et numéro de téléphone de l'autre assureur :**	
N° de police ou de régime :		**Numéro d'identification :**	

Avez-vous soumis une demande de règlement à un autre assureur ou communiqué avec ce dernier au sujet de la présente demande de règlement? ☐ **OUI** ☐ **NON**

Si vous êtes couvert par une autre assurance, veuillez signer la déclaration suivante, qui nous permet de coordonner vos prestations avec celles d'autres assureurs. Cette déclaration doit être signée avant le paiement de toute prestation.

Je _____ *autorise la Great-West*
(signature)

et ses agents autorisés à coordonner le paiement des prestations avec tout autre assureur pouvant avoir des obligations à respecter à l'égard de la présente demande de règlement. Je charge irrévocablement la Great-West d'effectuer les paiements, de recevoir les paiements et de négocier les règlements avec les fournisseurs et autres assureurs au nom du patient.

De plus, j'autorise la Great-West à recevoir des renseignements médicaux des fournisseurs et d'autres assureurs ou à leur en divulger en vue de faciliter le paiement et la coordination des prestations.

Effacer