LA Great-West COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

SolutionsPlus Santé

L'ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE

Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes

Relevé des frais de soins dentaires

Les prestations doivent être versées aux termes :

- ❑ de l'assurance dentaire seulement
- ❑ de SolutionsPlus Santé
- ❑ des deux

DIRECTIVES

1. **Remplissez au complet les pages 1 et 2 du présent formulaire.**
2. **Signez et datez le formulaire.**
3. **Veuillez conserver des copies, car les reçus originaux ne seront pas retournés.**
4. **Si vous voulez que le règlement soit versé directement au dentiste, signez l'autorisation à cet effet à la PARTIE 1 ci-dessous. La cession des prestations est irrévocable. La Great-West pourrait discuter des renseignements relatifs à cette demande de règlement avec le cessionnaire.**
5. **Envoyez la présente demande au Service des indemnités prévu pour votre régime. Voir la PARTIE 7.**

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 la vérification de l'admissibilité et de la gestion des demandes de règlement.

PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS SUR LE DENTISTE – À remplir par le dentiste (1)

PATIENT

Nom | Prénom

Adresse | App.

Ville | Prov. | Code postal

Nº unique | Spéc. | Nº de dossier du patient

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, les procédures ou autres considérations particulières.

Duplicata ❑

Il se peut que les honoraires 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 mon assureur ou au gestionnaire du régime. J'autorise également la divulgation de l'information liée à la couverture des services décrits dans le présent formulaire au dentiste nommément désigné.

Signature du patient (des parents ou du tuteur) | Vérification

Date du traitement Jour Mois Année	Code de la procédure	Code int. de la dent	Surfaces de la dent	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 $

PARTIE 2 – Demande de règlement – À remplir par le dentiste (2)

Veuillez fournir des précisions sur la demande de règlement.

1. **Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident?** ❑ Oui ❑ Non
   Dans l'affirmative, précisez :
   Date : | Endroit :
   Expliquez comment l'accident est survenu

2. **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.

3. **Si la demande de règlement porte sur une prothèse ou un pont, veuillez indiquer les numéros des dents manquantes :**

PRIÈRE DE REMPLIR LA PAGE 2 DU RELEVÉ

©La Great-West, compagnie d'assurance-vie, tous droits réservés. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Great-West est strictement interdite.

PARTIE 3 – Renseignements sur le participant (3)

Vous devez remplir cette partie au complet.

Si vous n'êtes pas certain du nom ou du numéro de votre régime, ou encore de votre numéro d'identification de participant, veuillez communiquer avec le gestionnaire de votre régime.

Nom du régime

Numéro du régime

Numéro d'identification du participant

Nom du participant

Nom de famille

Prénom

Adresse du participant

Numéro et rue

Ville

Province

Code postal

Date de naissance : Jour Mois Année

Langue de préférence : ❑ Anglais ❑ Français

PARTIE 4 – Coordination de prestations (4)

Remplissez cette partie pour indiquer si vous ou un membre de votre famille avez droit à des prestations aux termes de tout autre régime.

1. Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations de tout autre régime à l'égard des frais engagés? ❑ Oui ❑ Non Dans l'affirmative, veuillez préciser :

Nom de la compagnie d'assurance

Numéro du régime

Numéro d'identification du participant

S'il s'agit du régime du conjoint, veuillez indiquer la date de naissance du conjoint :

Jour Mois Année

2. Une demande a-t-elle été présentée à la CSST?

❑ Oui ❑ Non

PARTIE 5 – Renseignements sur le patient (5)

Remplissez cette partie si la demande de règlement a trait au conjoint ou à une personne à charge.

Nom du patient	Lien de parenté avec le participant du régime	Date de naissance Jour	Mois	Année	S'il s'agit d'un enfant de 18 ans ou plus: Étudie-t-il à temps plein? heures par semaine	Oui	Non	S'il travaille, combien d'heures par semaine?	Le patient demeure-t-il avec le participant? Oui	Non
						❑	❑		❑	❑

PARTIE 6 – Autorisation et Signature (6)

À la Great-West, nous reconnaissons et nous respectons l'importance 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 services), 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 ou de soins dentaires, 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, 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.

J'atteste que tous les biens et services mentionnés dans la présente demande de règlement ont été reçus par moi, mon conjoint et/ou mes personnes à charge.

J'atteste que les frais faisant l'objet de la présente demande de règlement ont été engagés par moi-même ou par une personne pouvant me donner droit à un crédit d'impôt pour frais médicaux en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada).

Signature du participant X_____

Date : Jour Mois Année

PARTIE 7 – Présentation de votre demande de règlement (7)

Veuillez envoyer votre demande de règlement au Service des indemnités indiqué ci-dessous. S'il n'y a rien d'indiqué, veuillez communiquer avec le gestionnaire de votre régime pour obtenir l'adresse.

Vous avez des questions sur SolutionsPlus Santé?
Composez le numéro sans frais 1 877 883-7072.

Service des indemnités de Montréal
Place Bonaventure
800 rue de la Gauchetière O Bureau 5800
Montréal QC H5A 1B9
Canada

Pour les sourds et les malentendants :
Numéro sans frais : 1 800 990-6654