

**Relevé des frais médicaux**  
 combiné avec le Compte de gestion des dépenses santé

**Les prestations doivent être versées aux termes :**

- de l'assurance-maladie supplémentaire seulement  
 du Compte de gestion des dépenses santé seulement  
 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. Envoyez la présente demande au Service des indemnités prévu pour votre régime. Voir la PARTIE 9.

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 participant**

1

**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 2 -- Coordination des prestations**

2

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 pour les frais présentés au titre de la demande de règlement?  Oui  Non Dans l'affirmative, veuillez préciser :  
 Nom de la compagnie d'assurance   
 Numéro du régime   
 Numéro d'identification du participant

2. Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident d'automobile?  Oui  Non

3. Avez-vous demandé des indemnités pour accident du travail?  Oui  Non

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

**PARTIE 3 – Renseignements sur le patient**

3

Remplir pour tous les frais; une ligne par patient.

Nom du patient	Lien de parenté avec le participant	Date de naissance			S'il s'agit d'un enfant de 18 ans ou plus		Le patient demeure-t-il avec le participant?		
		Jour	Mois	Année	Étudie-t-il à temps plein? heures par semaine	S'il travaille, combien d'heures par semaine?	Oui	Non	
									Oui
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PARTIE 4 – Frais de médicaments sur ordonnance**

4

Pour toutes les demandes de règlement relatives à des médicaments sur ordonnance.

Joignez les reçus de médicaments originaux. Les reçus doivent indiquer les renseignements suivants :  
 • Nom du patient, date d'achat, numéro d'identification du médicament (DIN) et nom du médicament.

# La Great-West

## Relevé des frais médicaux

### PARTIE 5 – Frais de soins paramédicaux

5

Pour les soins de chiropraticien, de physiothérapeute, de massothérapeute, de psychologue, etc.

Joignez les reçus originaux. Les reçus doivent indiquer les renseignements suivants :

- Nom du patient, date des soins, durée et type de soins
- Nom, adresse, numéro de téléphone, désignation et association professionnelle du fournisseur des soins de santé
- Date du dernier paiement par le régime provincial (le cas échéant)

Nom du fournisseur	Type de soins	Numéro de téléphone

### PARTIE 6 – Frais médicaux

6

Pour les fournitures, appareils et services médicaux.

Joignez les reçus originaux et la recommandation du médecin prescripteur, y compris le diagnostic.

Les renseignements suivants doivent figurer sur les reçus :

- Nom du patient, date des soins et description de l'article acheté
- Nom, adresse et numéro de téléphone du fournisseur
- Déclaration de paiement du régime provincial (le cas échéant)

### PARTIE 7 - Soins oculaires

7

Chirurgie oculaire au laser, verres, lentilles cornéennes et examens de la vue.

Joignez les reçus originaux.

Raison de l'achat des lentilles? (cochez la case qui s'applique)

- Prescription initiale     
  Changement de prescription     
  Perte ou bris  
 Aucune de ces raisons

### PARTIE 8 – Confirmation, autorisation et signature

8

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](http://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 9 – Présentation de votre demande de règlement

9

Veillez 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.

Questions : 1 800 957-9777 (sans frais)

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



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