

IMPORTANT : Le règlement pourrait être retardé si le présent formulaire n'est pas rempli correctement.
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 la gestion des demandes de règlement.

En caractères d'imprimerie s.v.p.

1^{re} PARTIE : DÉCLARATION DU SALARIÉ

Nom du salarié _____ Date de naissance _____

Adresse postale du salarié _____
RUE VILLE PROVINCE CODE POSTAL

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

1. Est-ce que l'une de vos personnes à charge admissibles est assurée par le présent régime à titre de salarié? Oui Non
Dans l'affirmative, indiquez son nom _____ N° d'identification _____

2. Avez-vous droit, vous ou l'une de vos personnes à charge admissibles, à des prestations de soins médicaux en vertu d'un autre régime?
 Oui Non
Dans l'affirmative, donnez le nom de la personne à charge admissible assurée _____
Lien de parenté avec le salarié _____ Nom de l'autre compagnie d'assurance _____
Numéro de police _____

3. Dans l'affirmative à la question 1 ou 2 ci-dessus, et si le patient est un enfant à charge, donnez :
la date de naissance du salarié (jour/mois) _____
la date de naissance du conjoint (jour/mois) _____

4. Si le patient n'est pas le conjoint du salarié ni 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

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'État 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, aux fins précitées. J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets.

Signature du salarié _____ Date _____

2^e PARTIE : RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE (à remplir si la demande de règlement comprend des frais à l'égard des personnes à charge)

Nom du patient	Lien de parenté avec le salarié	Date de naissance Jour/Mois/Année	Le patient demeure-t-il avec vous?	Si l'enfant est âgé de plus de 18 ans			
				Étudiant à plein temps?	S'il est étudiant, combien d'heures passe-t-il à l'école par semaine?	Travaille-t-il?	Dans l'affirmative, combien d'heures par semaine?
_____	_____	____-____-____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____
_____	_____	____-____-____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____
_____	_____	____-____-____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____
_____	_____	____-____-____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____
_____	_____	____-____-____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____

3^e PARTIE : RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

NOTA : Veuillez annexer les reçus ou factures pour tous les frais dont le remboursement est demandé. Les reçus et factures, autres que ceux exigés aux termes de tout régime d'assurance-médicaments de l'État, font partie intégrante de nos dossiers et ne vous seront pas retournés. Par conséquent, veuillez conserver, aux fins de référence future et aux fins de l'impôt sur le revenu, le Détail du règlement qui accompagnera le chèque.

A. FRAIS DE MÉDICAMENTS SI VOUS MANQUEZ D'ESPACE, UTILISEZ UNE FEUILLE DISTINCTE

Nom du patient	Pour chaque patient, inscrivez seulement les dates du premier et du dernier reçu	Nombre de reçus	Total des frais
_____	du _____ au _____	_____	_____ \$
_____	du _____ au _____	_____	_____ \$
_____	du _____ au _____	_____	_____ \$
_____	du _____ au _____	_____	_____ \$
_____	du _____ au _____	_____	_____ \$

Veuillez demander à votre pharmacien d'indiquer le numéro d'ordonnance, l'identification numérique de la drogue (DIN) et le nom du médicament d'origine sur chaque reçu.

**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.**

B. AUTRES FRAIS (ambulance, chiropractie et soins oculaires, etc.)

Nom du patient	Fournisseur des soins	Nature des soins	Date des soins	Frais	Nature de la maladie
.....
.....
.....
.....
.....

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 MÉDICAUX**

- 1) LE SALARIÉ A-T-IL SIGNÉ AU RECTO DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT?
- 2) TOUS LES RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT ET LES PERSONNES À CHARGE ONT-ILS ÉTÉ CONSIGNÉS AU RECTO ET AU VERSO DE 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)
 - RELEVÉ DU RÉGIME PROVINCIAL DE SOINS MÉDICAUX
 - REÇUS OU FACTURES
 - ORDONNANCES