

Figure 10

**Great-West**  
FINANCIAL GROUP  
 ÉTABLISSEMENT ADMINISTRATEUR POUR

**RÉGIME DENTAIRE DES EMPLOYÉS  
 DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL**



approuvé par  
**L'ASSOCIATION DES  
 DENTISTES DU CANADA**

<b>1<sup>re</sup> PARTIE - DENTISTE</b>		IN. UNIQ.	SPÉC.	NO. DE DOSSIER DU PATIENT	A CÔTÉ DU DENTISTE NOMME DANS LA PRÉSENTE DEMANDE DE RÉGLEMENT ET LE CONSENS À CE QUETOUTS LES SOINS VERSÉS DIRECTEMENT.
P A R T I E N T	NOM	D E N T I S T E		SIGNATURE DU PARTICIPANT	
	ADRESSE	TÉLÉPHONE			
	VILLE	PROV.	CODE POSTAL		
	RÉSIDENT AU DENTISTE POUR RENDREMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, OU LES ACTES, OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES.				

A SE PEUT QUE LES FRAIS MENTIONNÉS SUR CETTE DEMANDE NE SOIENT PAS COUVERTS PAR LE RÉGIME, MAINTENANT LE PARTICIPANT DU DENTISTE NE SOIENT COUVERTS D'UNE PARTIE, LE MINIMUM, D'UN DE VOS A. CE QUE VOS DENTISTE SONT RENDREMENTS POUR TOUS LES SOINS RENDUS. DE RÉGLEMENT, QUE LE TOTAL DES HONORAIRES DÉJÀ À S. EXACT ET QUE, N'AIT ÉTÉ FACTURÉ POUR LES SOINS RÉÇUS. DE CONSENS À CE QUE TOUTS LES RENDREMENTS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SOIENT. ENVUÉS À L'ASSUREUR OU À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME.

SIGNATURE DU PATIENT DES PARTIS DU DU TUTELLE

VERIFICATION / SIGNATURE DU DENTISTE:

DUPLICATA

DATE DU TRAITEMENT (MOIS/ANNÉE)	CODE DE L'ACTE	UNIT. DES DENTS	SURFACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS	<b>DIRECTIVES</b> Pour pouvoir être examinée comme il faut, cette formule doit préciser le numéro du régime et le numéro du certificat. 1. Demander au dentiste de remplir la 1 <sup>re</sup> partie. 2. Remplir la 2 <sup>e</sup> partie. 3. Envoyer la formule à la Great-West à l'adresse suivante:  Pour l'Ontario (sauf région de la capitale nationale) Case postale 4082 Succursale "A" TORONTO (Ontario) M5W 1M8  Pour la Québec (sauf région de la capitale nationale) Case postale 400-18 Dolbeau Place Bonsecours MONTREAL (Québec) H3A 1G9  Pour la région de la capitale nationale et les employés à l'extérieur du Canada Casling Executive Park 1520, Avenue Carling Bureau 201 Ottawa (Ontario) K1Z 6R5

LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF ERREURS OU OMISSIONS.

**TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS**

Pour les provinces de l'Atlantique  
 Case postale 158  
 Succursale "A"  
 HALIFAX (Nouvelle-Écosse)  
 B3J 2M4

Pour l'Alberta et les T. du Nord-Ouest  
 Bureau 800  
 10104, 103 avenue  
 EDMONTON (Alberta)  
 T5J 0H8

Pour la Colombie-Britannique et le Yukon  
 Bureau 1210  
 3177, rue Hastings ouest  
 VANCOUVER (C.-B.C.)  
 V5E 4J7

Pour le Manitoba et le Saskatchewan  
 Case postale 3050  
 Bureau 201  
 WINNIPEG (Manitoba)  
 R3P 4E9

**2<sup>e</sup> PARTIE RÉSERVÉE À L'EMPLOYÉ** (en lettres majuscules, s.v.p.)

1. Nom de l'employé \_\_\_\_\_ Numéro du régime / Numéro du certificat de l'employé \_\_\_\_\_

2. Lien de parenté du patient avec l'employé \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Le patient est-il un enfant handicapé à charge, âgé de 21 ans ou plus?  Oui  Non

3. Si le patient est un conjoint de droit commun, la relation existe-t-elle depuis au moins un an?  Oui  Non

4. Si le patient est un enfant à charge, âgé de 21 à 25 ans, est-il un étudiant à temps plein?  Oui  Non

5. Des prestations sont-elles prévues pour vous ou tout autre membre de votre famille, par une autre assurance collective?  Oui  Non

Si oui, donnez le nom et adresse de l'assureur/régime dentaire \_\_\_\_\_ Nom du membre assuré de la famille \_\_\_\_\_ Police n° \_\_\_\_\_

6. Est-ce qu'un autre membre de votre famille était assuré, à titre d'employé, par un régime de soins dentaires du gouvernement fédéral durant l'année où les frais ci-dessus ont été encourus?  Oui  Non

Si oui, indiquez le nom de cette personne \_\_\_\_\_ Numéro du certificat de l'autre membre de famille \_\_\_\_\_

7. Si vous avez répondu oui à la question 5 ou 6 ci-dessus, et que le patient soit un enfant à votre charge, donnez le date de naissance de l'employé \_\_\_\_\_ ET du conjoint \_\_\_\_\_

8. Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident?  Oui  Non Dans l'affirmative, êtes-vous membre du RACOM?  Oui  Non

Dans l'affirmative, donnez la date et le lieu de l'accident et décrivez ce qui s'est produit \_\_\_\_\_

9. Le cas échéant, les prothèses, couronnes ou ponts sont-ils mis en place pour la première fois?  Oui  Non

Si non, indiquez la date de la dernière mise en place et donnez les récépés de remplacement \_\_\_\_\_

Par les présentes, je consens à ce que tous les renseignements et dossiers relatifs à la présente demande soient divulgués à la Great-West ou à ses agents. Je certifie que les renseignements donnés ci-dessus sont à ma connaissance exacts et complets et qu'aucune autre demande de règlement n'a été faite à l'égard de ces dépenses en vertu d'un régime de soins dentaires du gouvernement fédéral.

Signature de l'employé \_\_\_\_\_

AVÉZ-VOUS REMPLI TOUTES LES PARTIES DE LA FORMULE? D40457/155