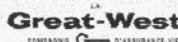


ANNEXE E DU GUIDE D'ADMINISTRATION DU RSDR
Feuillet de renseignements sur les soins – Faites remplir une demande de remboursement



ADMINISTRATEURS
POUR :

RÉSERVE DES FORCES CANADIENNES
RÉGIME DE SOINS DENTAIRES
(SERVICE CLASSES A ET B)



APPROVÉ PAR
L'ASSOCIATION
DENTAIRE
CANADIENNE

1^{re} PARTIE - DENTISTE		N° UNIQUE	SPEC.	N° DE DOSSIER DU PATIENT	JE CÈDE AU DENTISTE NOMMÉ DANS LA PRÉSENTE LES INFORMATIONS PAYABLES EN VERTU DE CETTE DEMANDE DE RÉGLEMENT ET JE CONSENTE À CE QUELLES LIEN SOIENT VERSÉES DIRECTEMENT.								
P. NOM A T E M T	PRÉNOM ADRESSE VILLE PROV. CODE POSTAL	D E N T I S T E	TÉLÉPHONE	3		4							
RÉSERVÉ AU DENTISTE POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, LES ACTES OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES		IL SE PEUT QUE LES FRAIS INDIQUÉS SUR CETTE DEMANDE NE SOIENT PAS COUVERTS PAR LE RÉGIME AUQUELLE PARTICIPE OU QU'ILS NE SOIENT COUVERTS QU'EN PARTIE. IL M'INCONME DONC DE VOIR CE QUE MON DENTISTE BOIT REMUNÉRÉ POUR TOUS LES SOINS RENDUS. J'E RECONNIS QUE LE TOTAL DES HONORAIRES S'ÉLÈVE \$. QUE CE MONTANT EST EXACT ET QU'IL MAÎTRISE LA FACTURE POUR LES SOINS RENDUS. JE CONSENTE À CE QU'OUTS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SOIENT DIVULGUÉS À L'ASSUREUR OU À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME.											
DUPLICATA <input type="checkbox"/>		SIGNATURE DU PATIENT (PARENTS OU TUTEUR)											
5		6											
VÉRIFICATION / SIGNATURE DU DENTISTE		7											
DATE DU TRAITEMENT JOUR / MOIS / ANNÉE		CODE DE L'ACTE	CODE INT. DES DENTS	SURFACES DES DENTS	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABORATOIRE	TOTAL DES FRAIS	DIRECTIVES					
8		9				10				11			
LA PRÉSENTE EST UNE DECLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS, SAUF ERREURS OU OMISSIONS.		TOTAL DES HONORAIRES DEMANDÉS				TOUS LES AUTRES RÉSIDENTS DU CANADA : La Great-West Service des indemnités Case postale 6000 Winnipeg (Manitoba) R3C 3A5							
2 ^e PARTIE - MEMBRE (en lettres moulées, s.v.p.)		12				13				14			
1. Nom du membre et initiales		9				Choix de langue		Numéro du régime		Numéro du certificat du membre		15	
2. Adresse du domicile du membre		10				<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		5 5 9 9		11		16	
3. Lien du patient avec le membre		12				Date de naissance du patient Jour Mois Année		Le patient est-il un enfant handicapé à charge, âgé de 21 ans ou plus? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				17	
4. Nom de la maison d'enseignement		13				18		19				17	
5. Si l'il s'agit d'un conjoint de fait, la relation a-t-elle été établie conformément à l'article 1.075 des ORFC?		14				18				19			
6. Est-ce que vous ou vos personnes à charge avez droit à des prestations, à titre d'employé ou de membre, en vertu du présent régime ou de tout autre régime collectif?		15				20				21			
7. Nom de la personne couverte		16				22				23			
8. Si vous avez répondu par l'affirmative à la question 5 et que le patient est un enfant à votre charge, donnez la date de naissance de l'employé ou du membre (jour/mois) : _____ / _____ / _____		17				24				25			
À NOTER : LES MEMBRES NE SONT PAS ADMISSIBLES LORSQU'ILS SONT COUVERTS PAR UN AUTRE RÉGIME DENTAIRE													
7. Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, donnez la date et le lieu de l'accident et décrivez ce qui s'est produit.													
8. Dans l'affirmative, êtes-vous membre du Régime de soins de santé de la fonction publique? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Joindre copie du règlement du Régime de soins de santé)													
8. Si l'il s'agit de prothèses, couronnes ou ponts, sont-ils mis en bouche pour la première fois? (Joindre radiographies de prétraitement dans le cas de couronnes ou ponts.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, indiquez la date de la dernière mise en bouche et donnez les raisons du 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.													
Signature du membre _____ Date : _____													
AVEZ-VOUS REMPLI TOUTES LES PARTIES DU FORMULAIRE? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non													
EFFACER													

1. Formule de demande de remboursement

La Great-West, compagnie d'assurance-vie, a produit des formules de demande de remboursement spécialement continues pour le RSDR. Ces formules sont disponibles par les voies d'approvisionnement habituelles. La Great-West acceptera les formulaires normalisés de demande de remboursement des frais dentaires disponibles au cabinet de votre dentiste ou les formules produites par le cabinet du dentiste. Nous conseillons fortement aux militaires d'utiliser la formule de demande de remboursement du RSDR car y on pose au militaire des questions particulières aux règles et aux dispositions du RSDR.

2. Renseignements sur le patient

S'assurer que les renseignements sur le patient sont inscrits correctement. Si le cabinet de votre dentiste conserve un dossier de renseignements sur vos soins dentaires, renseignez les préposés sur tous les changements.

3. Renseignements sur le dentiste

Servent à indiquer à la Great-West l'origine des services dentaires. Ces renseignements sont essentiels. (voir 4 ci-après)

4. Versement direct des indemnités au dentiste

Si le dentiste le permet, vous pouvez demander à la Great-West de lui verser directement les indemnités exigibles. Dans ce cas, si vous apposez votre signature dans cette case, vous autorisez la Great-West à verser directement le paiement au dentiste et vous devrez verser le solde impayé au dentiste.

5. Renseignements complémentaires

Le dentiste utilisera cet espace pour fournir des renseignements complémentaires ou mentionner un aspect particulier. Si vous voulez présenter une demande de remboursement à l'égard d'un «plan de traitement», le dentiste l'indiquera dans cette case.

(voir 6 pour plus de renseignements sur les plans de traitement). Si vous présentez à nouveau une demande de remboursement en cas de perle de la formule, il faut cocher la case «*duplicata*».

6. Reconnaissance de la responsabilité

En signant cette case, vous admettez qu'il se peut que les frais indiqués dans la demande ne soient pas couverts par le RSDR. Il vous incombe de voir à ce que votre dentiste soit rémunéré pour les soins rendus et de vous assurer que le montant est exact. De plus, en signant, vous consentez à ce que les renseignements contenus dans la demande de remboursement soient divulgués à l'assureur ou à l'administrateur du régime. Vous ne signerez cette case dans le cas d'un «plan de traitement», car il s'agit d'une prévision des services proposés et les frais ne sont pas engagés.

7. Vérification/signature du dentiste

Vérification effectuée au cabinet du dentiste attestant que tous les renseignements fournis sont exacts. Cette case doit être remplie au moyen du sceau du cabinet du dentiste/signature.

8. Déclaration des soins rendus

Tous les renseignements particuliers sur les soins rendus et les frais exigés.

9. Nom et initiales du militaire

Assurez-vous d'inscrire votre nom à titre de détenteur de la police. La Great-West établira un renvoi entre votre nom et le numéro de certificat et vous retournera la demande si les données ne concordent pas.

10. Numéro du régime

Assurez-vous que le numéro du régime est 55999 pour le RSDR.

11. Numéro de certificat du militaire

Assurez-vous d'y inscrire le numéro de certificat qui vous a été attribué à l'origine. Les numéros de certificat supplémentaires, le NM, le NAS et les numéros d'identité des autres régimes ne seront pas acceptés, et votre demande de remboursement vous sera retournée.

12. Adresse à domicile du militaire

Le chèque de la demande de remboursement sera posté à cette adresse. Assurez-vous qu'elle est exacte. S'il est impossible de vous rejoindre à cette adresse, la Great-West conservera votre chèque en attendant que vous lui indiquiez la bonne adresse.

13. Liens du patient avec le militaire

Si vous êtes en service de classe A ou en service temporaire de classe B vous pouvez seulement réclamer pour vous-même. Si vous êtes en service de classe B à long terme, vous pouvez seulement réclamer pour une personne à charge admissible à titre de «conjoints», «enfant» ou «conjoints de fait».

14. Enfant à charge de plus de 21 ans

En vertu de ce régime, vous pouvez couvrir un enfant à charge jusqu'à son 21^{ème} anniversaire. Si l'enfant est un étudiant inscrit à temps plein dans un établissement d'enseignement, vous pouvez l'assurer jusqu'à son 25^{ème}.

15. Conjoint de fait

Désigne une personne ayant cohabité en union conjugale avec un militaire pendant au moins un an ou pendant moins d'un an ainsi le militaire et la personne ont assumé ensemble le soutien d'un enfant.

16. Prestations prévues par un autre régime

Si vous répondez oui et que vous êtes un militaire l'employé couvert par un autre régime, vous n'êtes pas admissible et ne pouvez pas participer au RSDR.

17. Nom de la personne couverte

Indiquez le nom du militaire/employé de l'autre régime. Si votre conjoint ou votre conjoint de fait est le détenteur de l'autre police et s'il est le patient, assurez-vous de réclamer d'abord les frais dentaires en vertu de son régime. Lorsque vous transmettez à la Great-West une demande de remboursement du solde impayé, annexez une copie de la formule de demande de remboursement et l'état des prestations de l'autre assureur.

18. Numéro de police et numéro d'identité

Assurez-vous que le numéro de police de l'autre régime et le numéro d'identité du militaire indiqués dans la case précédente sont inscrits.

19. Nom du régime d'assurance dentaire/autre assureur

Indiquez le nom de l'autre régime d'assurance dentaire et de l'assureur qui l'administre.

20. Coordination des indemnités à l'égard d'un enfant

Si votre conjoint ou votre conjoint de fait est un militaire/employé couvert en vertu d'un autre régime et si vous demandez un remboursement à l'égard de votre enfant, il est important d'indiquer votre date de naissance et celle de votre conjoint/conjoint de fait. Au moment de coordonner les prestations versées entre les deux régimes, si votre anniversaire précède celui de votre conjoint, le régime qui vous assure procède le premier au remboursement et l'autre régime règle le solde.

21. Signature et date

Après avoir rempli au complet la formule de demande de remboursement et pas seulement les principales sections indiquées, vous devez la signer et la dater. Le RSDR ne prévoit aucune disposition permettant aux conjoints ou aux conjoints de fait de signer la demande de remboursement en votre nom. La Great-West vous retournera les demandes de remboursement qui ne sont pas signées et datées par le militaire.

Nota: Assurez-vous que votre salle des rapports apposé le sceau du régime de santé de la P Rès. Sinon, votre demande de remboursement sera refusée.