


**HEALTHCARE EXPENSES STATEMENT
(EXCLUDING DRUG EXPENSES)**

SEND THIS CLAIM TO:

Winnipeg Benefit Payments
P.O. Box 3050
Winnipeg MB R3C 0E6
Toll Free: 1-800-957-9777 Or: (204) 942-3589
 For the deaf or hard of hearing:
Toll Free: 1-800-990-6654
Or: (204) 946-7281

INSTRUCTIONS: Attach the bills and receipts for all expenses and itemize them by providing all the information requested.

Note: Drug bills and receipts, other than those required for government drug plans, are part of our records and will not be returned. Therefore, please retain the itemization of expenses that will accompany our cheque or explanation for Income Tax purposes.

IMPORTANT: Please answer all questions. This claim will be returned to you if it is incomplete or contains errors. All claims under this group benefits plan are submitted through the plan member. We may exchange personal information about claims with the plan member and a person acting on his or her behalf when necessary to confirm eligibility and to mutually manage the claims.

Please print

PART 1 EMPLOYEE INFORMATION					
PLAN NUMBER 51801	DIVISION NUMBER	PLAN NAME CARLETON UNIVERSITY			
EMPLOYEE IDENTIFICATION NUMBER		EMPLOYEE NAME			DATE OF BIRTH (Year / Month / Day)
ADDRESS: NUMBER AND STREET		TOWN	PROVINCE	POSTAL CODE	PHONE #
HOME:				WORK:	

PART 2 COORDINATION OF BENEFITS	
Are you or any other member of your family entitled to benefits under any other plan? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, name of family member insured _____ Relationship to employee _____	
Name of other insurance company _____ Policy Number _____	
Is any member of your family (other than yourself) insured as an employee under this plan? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, name of family member _____	
If yes, to either question above, and the patient is a dependent child, please provide spouse's date of birth: _____ / _____ / _____ (Year / Month / Day)	
Is treatment required as the result of an accident? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, give date, location and explain how accident happened _____	
Is a claim being made for Worker's Compensation Benefits? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

PART 3 DEPENDENT INFORMATION							If child over 18 years					
Patient Name	Relationship to Employee	Date of Birth			Does patient reside with you?		Full-Time Student?		If student, how many hours per week?	Employed?		How many hours worked per week?
		Year	Month	Day	YES	NO	YES	NO		YES	NO	
					<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"/>		<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"/>	

PART 4 CLAIM DETAILS (If additional space is needed, attach a separate page)			
Patient Name	Type of Expense	Nature of Illness	Total Charge

At Great-West Life, we recognize and respect the importance of privacy. Personal information that we collect will be used for the purposes of assessing your claim and administering the group benefits plan. I authorize Great-West Life, any healthcare provider, my plan administrator, other insurance or reinsurance companies, administrators of government benefits or other benefits programs, other organizations, or service providers working with Great-West Life to exchange personal information when necessary for these purposes. I certify that the information given is true, correct and complete to the best of my knowledge.

Employee's Signature _____ Date _____

**RELEVÉ DES FRAIS MÉDICAUX
(EXCLUANT FRAIS DE MÉDICAMENTS)**

ENVOYEZ LA PRÉSENTE DEMANDE À :

Service des indemnités de Winnipeg
Case postale 3050
Winnipeg (Manitoba) R3C 0E6
Sans frais : 1 800 957-9777 ou Tél. : 204 942-3589
 Pour les sourds et les malentendants :
Numéro sans frais : 1 800 990-6654
Téléphone : 204 946-7281

DIRECTIVES : Il est important de donner le détail des frais et d'annexer les factures et les reçus.
À noter : Les factures et les reçus de médicaments, autres que ceux exigés aux termes des régimes d'assurance-médicaments d'État, font partie intégrante de nos dossiers et ne seront pas retournés. Par conséquent, veuillez conserver, aux fins de la déclaration de revenus, le détail du règlement que nous vous ferons parvenir, accompagné ou non d'un chèque.

IMPORTANT : Veuillez répondre à toutes les questions. La présente demande sera retournée si les renseignements nécessaires sont erronés ou incomplets. Toutes les demandes de règlement aux termes du régime collectif sont soumises par le truchement du participant du régime. Il se peut que nous échangeons 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.

Veuillez écrire en caractères d'imprimerie.

PARTIE 1 RENSEIGNEMENTS SUR LE SALARIÉ					
RÉGIME N° 51801	DIVISION N°	NOM DU RÉGIME UNIVERSITÉ CARLETON			
NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU SALARIÉ		NOM DU SALARIÉ		DATE DE NAISSANCE (Année / Mois / Jour)	
ADRESSE : NUMÉRO ET RUE		VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	N° DE TÉLÉPHONE
DOMICILE :				TRAVAIL :	

PARTIE 2 COORDINATION DES PRESTATIONS	
Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations d'un autre régime? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Dans l'affirmative, indiquez le nom du membre de la famille assuré. _____ Lien de parenté avec le salarié _____	
Nom de l'autre assureur _____ Police n° _____	
Un des membres de votre famille (à l'exclusion de vous-même) est-il couvert à titre de salarié par le présent régime? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Dans l'affirmative, indiquez le nom du membre de la famille. _____	
Dans l'affirmative à l'une ou l'autre des questions ci-dessus, et si le patient est un enfant à charge, indiquez la date de naissance du conjoint. ____ / ____ / ____	
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 l'endroit de l'accident et décrivez ce qui s'est produit.	
Une demande de règlement a-t-elle été présentée à la CSST? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

PARTIE 3 RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE						Enfant de plus de 18 ans			
Nom du patient	Lien de parenté avec le salarié	Date de naissance			Le patient habite-t-il avec vous? OUI NON	Étudie-t-il à temps plein? OUI NON	S'il est étudiant, combien d'heures de cours a-t-il par semaine?	Travaille-t-il? OUI NON	Combien d'heures par semaine?
		Année	Mois	Jour					
					<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"/>		<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 RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT (Si vous avez besoin de plus d'espace, annexe une feuille.)			
Nom du patient	Type de frais	Nature de la maladie	Total des frais

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, tout administrateur de programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, de même que 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 _____