


VISIONCARE CLAIM FORM

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: Complete a separate form for each family member for whom you are claiming expenses.
Attach bills for each expense and fully itemize them in the space provided below.

IMPORTANT: If any of the requested information is missing or incorrect, your claim will be returned.
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 PATIENT INFORMATION		
PATIENT NAME	RELATIONSHIP TO EMPLOYEE	DATE OF BIRTH (Year / Month / Day)
If Dependent, does the patient reside with you? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
If child 18 years or older: a) Full-time student? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, how many hours per week at school? _____		
b) Employed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, how many hours per week? _____		

PART 3 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: _____ (Day / Month / Year)	

PART 4 TO BE COMPLETED BY PROVIDER OF MATERIALS			
Date of Service _____	Type of lenses supplied		Reason for purchase (please check)
	Left Eye	Right Eye	
Frames \$ _____	Plain glass _____	_____	a) Initial prescription _____
CHARGES FOR Lens for right eye \$ _____	Single vision _____	_____	b) Prescription change _____
MATERIALS Lens for left eye \$ _____	Bifocal _____	_____	c) Loss or breakage _____
SUPPLIED Other \$ _____	Trifocal _____	_____	d) Other (please explain) _____
TOTAL \$ _____	Contact _____	_____	
Give reasons and specific item cost for "Other" in area 1 (e.g. hardening, tinting, varigray, oversize lenses, etc.)			
If glasses tinted, what was tint?			
Name of Prescribing Optometrist or Ophthalmologist - if signed by Optician			
I am a legally qualified <input type="checkbox"/> Ophthalmologist <input type="checkbox"/> Optometrist <input type="checkbox"/> Optician			
Signed _____		Date _____	
Address _____		Telephone Number _____	

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 _____

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 : Remplissez un formulaire distinct pour chaque membre de la famille à l'égard duquel vous présentez une demande de règlement. Joignez-y les factures afférentes aux frais faisant l'objet de la demande, lesquels doivent être détaillés dans l'espace ci-dessous prévu à cette fin.

IMPORTANT : 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.

En caractères d'imprimerie s.v.p.

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 RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT		
NOM DU PATIENT	LIEN DE PARENTÉ	DATE DE NAISSANCE (Année / Mois / Jour)
S'il s'agit d'une personne à charge, est-ce qu'elle demeure avec vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
S'il s'agit d'un enfant âgé de 18 ans ou plus :		
a) Étudie-t-il à temps plein? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, combien d'heures de cours a-t-il par semaine? _____		
b) Travaille-t-il? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, combien d'heures par semaine? _____		

PARTIE 3 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 _____ Numéro de la police _____	
Un des membres de votre famille (à l'exclusion de vous-même) est-il assuré 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 question ci-dessus, et si le patient est un enfant à charge, indiquez la date de naissance du conjoint _____ / _____ / _____ <small>Année Mois Jour</small>	

PARTIE 4 À REMPLIR PAR L'OPTICIEN OU L'OPTOMÉTRISTE			
Date des services _____	Genre de lentilles		Motif de l'achat (cochez) :
	Oeil gauche	Oeil droit	
DÉTAIL	Verre ordinaire _____	_____	a) première ordonnance _____
DES	Unifocales _____	_____	b) nouvelle ordonnance _____
FRAIS	Bifocales _____	_____	c) remplacement à la suite d'une perte ou d'un bris _____
	Trifocales _____	_____	d) autres (précisez) _____
	Cornéennes _____	_____	
Précisez la nature des frais figurant à la rubrique "Autres" ci-dessus et indiquez-en le montant exact. (Par exemple : durcissement, coloration, verre photochromatique, lentilles plus grandes que la normale, etc.).			
S'il s'agit de verres teintés, indiquez la teinte.			
Si un opticien signe le présent formulaire, donnez le nom de l'optométriste ou de l'ophtalmologiste qui a rédigé l'ordonnance			
Je suis dûment diplômé et reconnu comme <input type="checkbox"/> ophtalmologiste <input type="checkbox"/> optométriste <input type="checkbox"/> opticien			
Signature _____		Date _____	
Adresse _____		Numéro de téléphone _____	

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 _____