

**Formulaire de demande de règlement  
pour les services professionnels de la santé connexes**

**CODES PROFESSIONNELS** \* Pourrait ne pas s'appliquer à tous les membres du régime de Wawanesa Vie.

- |                              |                                |                                   |   |
|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|---|
| 1 Podologue                  | 6 Psychologue clinicien *      | 10 Ostéopathe                     | 14 Travailleur social/Conseiller de famille |
| 2 Pédiacre                   | 7 Naturopathe                  | 11 Diététicien *                  | 15 Autres - veuillez préciser               |
| 3 Chiropraticien             | 8 Orthophoniste/pathologiste * | 12 Thérapeute en sport certifié * |   |
| 4 Physiothérapeute *         | 9 Acupuncture                  | 13 Ergothérapeute *               |   |
| 5 Massothérapeute autorisé * |                                |                                   |   |

\* L'AUTORISATION DU MÉDECIN PEUT ÊTRE REQUISE POUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT INITIALE POUR LES CODES PROFESSIONNELS 4, 5, 8, 11, 12

**REMARQUE : Ce formulaire est utilisé seulement pour les services ou les traitements et non pour les fournitures médicales. Veuillez utiliser un formulaire pour chaque praticien ainsi que pour chaque patient.**

Fournisseur			Patient		
Numéro de fournisseur de Wawanesa Vie pour le praticien		No de téléphone du fournisseur ( )	No de patient de Wawanesa Vie		Dép N°
Nom		Code professionnel - Veuillez préciser (consultez ci-dessus)	Nom de famille		Prénom
Adresse		Date de naissance _ / _ / _ AA MM JJ			
Ville	Prov.	Code postal	Ville	Prov.	Code postal

Je suis autorisé(e), par mon(ma) conjoint(e) ou les personnes à ma charge, à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet pour utilisation à cette fin. Il est entendu que ces renseignements peuvent être consultés par le titulaire de la carte.

En signant cette demande de règlement ou en soumettant des reçus, j'atteste que les renseignements fournis sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements que je fournis à Wawanesa Vie à mon sujet et au sujet des personnes à ma charge seront utilisés par Wawanesa Vie pour évaluer ma demande de règlement et pour fournir tous les autres services nécessaires à l'administration des garanties, ce qui peut comprendre l'échange de renseignements avec d'autres parties aux fins d'administration de la présente demande de règlement.

J'autorise en outre Wawanesa Vie à obtenir des renseignements d'autres parties, comme les professionnels de la santé ou les assureurs, et à leur en transmettre, afin de vérifier l'exactitude de la ou des demandes de règlement soumises. Advenant des activités frauduleuses présumées relativement aux demandes de règlement soumises en mon nom ou au nom de mes personnes à charge, j'accepte que ces renseignements soient transmis aux parties intéressées, comme le promoteur de régime, les organismes de réglementation ou les organismes d'application de la loi.

Présentez une demande de règlement seulement pour les services rendus une fois que le montant maximal du régime provincial ait été épuisé (si pertinent).

Date de la dernière visite couverte par le régime provincial  
\_ / \_ / \_  
AA MM JJ

Traitement rendu (Nbre d'heures, si pertinent)	AA	MM	JJ	Taxe incl. O ou N	Frais \$		
1.						Bénéficiez-vous d'une autre couverture d'assurance collective qui peut comprendre ces services comme prestation? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
2.						Si oui, indiquez le nom de l'autre compagnie d'assurance _____ Si l'autre couverture est Wawanesa Vie, indiquez le numéro ID Wawanesa Vie _____	
3.						Le traitement est-il requis suite à un accident de véhicule automobile? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
4.						Si oui, date de l'accident _____	
5.						Le traitement est-il requis suite à une blessure liée au travail? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
6.						Si oui, date de la blessure _____	
7.						Si oui, WSIB / WCB cas n° : _____	
8.						<b>J'atteste que le traitement décrit ci-dessus a été effectué par moi et tous les renseignements indiqués sur ce formulaire sont précis.</b>	
9.						Signature du fournisseur _____ No d'enregistrement _____	
10.						J'atteste que les traitements précités ont été rendus.	
11.						Signature du patient _____	
12.						Les frais indiqués sur cette demande de règlement ont été payés au complet par le membre du régime. Veuillez rembourser directement le membre du régime	
13.						J'atteste que le traitement ci-dessus a été rendu et j'autorise par la présente que le fournisseur nommé ci-dessus soit payé directement.	
14.						Signature du fournisseur _____ Signature du patient _____	
<b>TOTAL</b>							

**Diagnostic du patient** \_\_\_\_\_

**IL N'EST PAS NÉCESSAIRE DE JOINDRE LES FACTURES OU LES REÇUS À CE FORMULAIRE SI LE FOURNISSEUR DE SERVICE LE REMPLIT EN ENTIER**

Le patient/membre du régime assumera les coûts engagés à obtenir ces renseignements, s'il y a lieu.  
Vous devez nous soumettre toute demande de règlement dans les 12 mois suivant la date de service (à moins d'indication contraire dans votre documentation du régime de prestations).

**Wawanesa Vie**  
 C.P. 1699, Windsor (Ontario) N9A 7G6  
 à l'attention de : Services des régimes de garanties collectifs  
**Centre du service à la clientèle 1.800.665.7076**  
**wawanesalife.com**