



# COMPTE DE DÉPENSES POUR SOINS SANTÉ (CDSS) FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉGLEMENT

Chaque personne doit remplir son propre formulaire de demande de règlement.

*Saviez-vous que la plupart des demandes de règlement peuvent être soumises en ligne  
et que vous pourriez recevoir le paiement de votre demande de règlement plus rapidement grâce au dépôt direct?  
Rendez-vous à [www.wawanesalife.com](http://www.wawanesalife.com) pour plus de détails.*

*Vous devez utiliser ce formulaire pour demander un remboursement sous votre Compte de dépenses pour soins santé (CDSS), votre compte de frais pour soins santé (CFSS) ou votre compte de dépenses pour services de santé, pour les frais admissibles qui ne sont pas couverts (ou pas entièrement couverts), par votre régime de soins santé ou soins dentaires.*

RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE DU RÉGIME				
N° D'IDENTIFICATION DU MEMBRE DU RÉGIME		ADRESSE DE COURRIEL		
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		
ADRESSE		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE		
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL		
DÉCLARATION OBLIGATOIRE				
Bénéficiez-vous d'une autre couverture d'assurance collective qui peut comprendre ces services comme prestation ? OUI NON				
Si l'autre couverture est fournie par La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa (Wawanesa Vie), veuillez indiquerle numéro d'identification du membre du régime : _____				
Assurez-vous d'avoir tout d'abord présenté vos demandes de règlement à un régime provincial d'assurance-maladie ou à tout régime privé de soins santé auquel vous souscrivez (y compris un autre régime de Wawanesa Vie, régime du conjoint/de la conjointe, etc.).				
Si nous sommes votre assureur secondaire, veuillez joindre des copies de votre reçu et de votre relevé d'Explication des prestations de votre assureur principal.				
Je désire que mes dépenses admissibles soient payées de mon régime de soins santé ou soins dentaires de Wawanesa Vie <b>en premier</b> et que toutes dépenses non remboursées admissibles soient payées de mon compte (CDSS).				
Je désire que mes dépenses admissibles soient payées de mon régime de soins santé ou soins dentaires de Wawanesa Vie <b>en premier</b> , ensuite la portion non remboursée de mes dépenses admissibles à être payée de mon autre régime de Wawanesa Vie numéro _____, et le cas échéant un solde impayé, à être remboursé de mon CDSS.				
Je désire que mes dépenses admissibles soient payées directement de mon compte (CDSS).				
<b>NOTE :</b> Si aucune boîte n'a été cochée, nous rembourserons les réclamations en fonction de la première option indiquée ci-dessus.				
NOM DU PATIENT		N° DE PERSONNE À CHARGE (e.g. WLI1234567-01)	DATE DE NAISSANCE JJ MM AA	
REMBOURSEMENT DES FRAIS POUR SOINS SANTÉ (inclure les reçus, ordonnances, etc.)				
DESCRIPTION DES FRAIS		DATE DES FRAIS		MONTANT
REMBOURSEMENT TOTAL DEMANDÉ				\$

## AUTORISATION ET CONSENTEMENT

Chez Wawanesa Vie (« nous », « notre » ou « nos »), le respect et la protection de la confidentialité de vos renseignements personnels est une priorité. Afin que nous puissions vous fournir les services pour lesquels nous avons été engagés, vous devez comprendre certaines choses et y consentir. Nous pouvons recueillir ou recevoir de vous ou d'autres parties, et utiliser, partager, divulguer et traiter vos renseignements personnels et, le cas échéant, les renseignements personnels de votre conjoint, de vos enfants et d'autres personnes à charge (collectivement, « vous », « votre » ou « vos »), qui peuvent comprendre le nom, l'âge, l'historique des demandes de règlement, les revenus, l'adresse électronique, les fournisseurs de services dont les services ont été retenus ainsi que les renseignements bancaires. Nous pouvons le faire à diverses fins liées à l'administration de votre régime de garanties et pour vous fournir d'autres produits et services, y compris, mais sans s'y limiter : coordination des prestations avec d'autres assureurs; administration et évaluation des demandes de règlement; vérifications et enquêtes et prise de mesures pour la prévention ou la suppression de demandes de règlement qui sont potentiellement ou qui s'avèrent être abusives ou frauduleuses; contrôles d'identité; facturation et perception de primes; souscription médicale; communication avec d'autres fournisseurs de services, communication avec des tiers pour confirmer l'exactitude des demandes de règlement, fourniture de services contractuels, ou à des fins de gestion de la santé ou de programmes de gestion de la santé; collecte de renseignements sur les services fournis, analyse de données, y compris de renseignements sur la façon dont vous utilisez nos produits et services, afin de nous aider à prendre des décisions éclairées et à améliorer les produits et services que nous offrons; déterminer si d'autres produits et services pourraient vous intéresser et envoyer des détails à leur sujet; conformité aux lois et règlements applicables; et toute autre activité qu'une personne raisonnable considérerait comme associée à l'administration de votre régime de garanties. Dans le cadre de la réalisation de ces objectifs, nous pouvons recueillir et recevoir vos renseignements personnels, les partager avec d'autres personnes à l'extérieur de Wawanesa Vie ou les communiquer à de telles personnes, y compris, mais sans s'y limiter : votre employeur, le(s) promoteur(s) de votre régime de garanties et des conseillers en assurance, si vos garanties sont fournies par le régime de garanties collectif de votre employeur; des fournisseurs de garanties (p. ex., des pharmaciens, des massothérapeutes); des organismes de réglementation professionnels (p. ex., l'Ordre des pharmaciens); des organismes gouvernementaux; des organismes d'application de la loi (locaux, provinciaux et fédéraux); des entités industrielles de mutualisation en assurance-médicaments (p. ex., la Société canadienne de mutualisation en assurance médicaments); des fournisseurs de services tiers de Wawanesa Vie qui nous aident à administrer votre régime de garanties et à vous fournir d'autres produits et services connexes, et tout autre tiers qui pourrait être approprié ou raisonnablement nécessaire pour atteindre les objectifs énoncés ci-dessus. Bien que le partage des renseignements personnels soit intrinsèquement risqué, nous appliquons des procédures acceptables sur le plan commercial pour sécuriser et protéger vos renseignements personnels en utilisant des mesures technologiques, physiques et organisationnelles appropriées conçues pour protéger les renseignements personnels. Si nous communiquons vos renseignements personnels sans autorisation, nous vous en aviserions en respectant les lois en matière de protection des renseignements personnels applicables. De plus amples renseignements sur nos pratiques en matière de confidentialité se trouvent dans notre politique de confidentialité accessible à [www.wawanesalife.com](http://www.wawanesalife.com) qui constitue une partie nécessaire et intégrante du présent consentement relatif à la confidentialité. Nous pouvons de temps à autre réviser notre politique de confidentialité pour tenir compte de modifications dans la législation ou la réglementation, par exemple, ou lorsque nous ajoutons de nouvelles fonctionnalités ou lançons de nouveaux produits ou services. La toute dernière version de la politique régira la façon dont nous traitons vos données personnelles et sera toujours accessible à [www.wawanesalife.com](http://www.wawanesalife.com). Vous pouvez communiquer avec notre responsable de la confidentialité à [privacy@wawanesa.com](mailto:privacy@wawanesa.com) si vous avez une question ou une plainte à formuler.

En apposant votre signature ci-dessous, vous donnez votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation par Wawanesa Vie de vos renseignements personnels comme il est expliqué ci-dessus, et vous reconnaissez que votre conjoint, vos enfants et les autres personnes à votre charge (le cas échéant) vous ont autorisé à divulguer et à recevoir leurs renseignements personnels, et à signer le présent consentement relatif à la confidentialité en leur nom. Vous convenez que les photocopies, télécopies ou versions électroniques de ce consentement sont aussi valides que l'original. Vous pouvez retirer votre consentement en tout temps en envoyant un avis écrit à Wawanesa Vie à [privacy@wawanesa.com](mailto:privacy@wawanesa.com) mais, si vous le faites, Wawanesa Vie ne pourra plus administrer votre régime de garanties ni traiter vos demandes de règlement.

Sous réserve des limites de Agence du revenu du Canada et des règlements du régime, j'autorise, par la présente, Wawanesa Vie à facturer la demande ci-dessus à mon compte de dépenses pour soins santé.

Nom \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## INSTRUCTIONS POUR L'ENVOI

Postez ce formulaire et les pièces jointes à :

**LA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE WAWANESA**  
À l'attention du Compte de dépenses de soins santé

**VEUILLEZ JOINDRE LES DOCUMENTS ORIGINAUX** et conserver des copies pour vos dossiers, puisque les reçus originaux ne seront pas retournés.

Envoyez votre demande de règlement à l'adresse correspondante ci-dessous (assurez-vous d'inscrire l'adresse au complet sur l'enveloppe) :

SERVICES PROFESSIONNELS	ARTICLES MÉDICAUX	SOINS DE LA VUE ET HOSPITALISATION	MÉDICAMENTS	SOINS DENTAIRES
C.P. 1699	C.P. 1623	C.P. 1615	C.P. 1652	C.P. 1608
WINDSOR (ONTARIO)	WINDSOR (ONTARIO)	WINDSOR (ONTARIO)	WINDSOR (ONTARIO)	WINDSOR (ONTARIO)
N9A 7G6	N9A 7B3	N9A 7J3	N9A 7G5	N9A 7G1

Pour éviter des frais postaux inutiles, veuillez faire parvenir toutes vos demandes de règlement dans une même enveloppe à l'une des adresses ci-dessus.

Veuillez téléphoner à notre Centre de service à la clientèle au 1 800 665-7076 si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire.

Le patient/membre de régime assumera les coûts engagés à obtenir ces renseignements, s'il y a lieu.