

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ORTHÈSE PLANTAIRE SUR MESURE ET/OU CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUE

**Au patient:** Les détails demandés ci-dessous sont obligatoires, afin que Wawanesa Vie puisse déterminer sa responsabilité quant à cette demande.

FOURNISSEUR			PATIENT		
N° fournisseur	N° téléphone (     )		N° d'identification Wawanesa Vie	Date de naissance ____ / ____ / ____	
Nom			Nom		
Adresse			Adresse		
Ville	Province	Code postal	Ville	Province	Code postal

Êtes-vous couvert(e) par une autre assurance collective qui pourrait inclure ces prestations ?    **Oui**     **Non**

Si oui, veuillez nous fournir le nom de la compagnie d'assurance \_\_\_\_\_

Si l'autre compagnie est Wawanesa Vie, veuillez indiquer le numéro d'identification \_\_\_\_\_

**CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE AU COMPLET PAR LE FOURNISSEUR ET/OU MÉDECIN TRAITANT / PODOLOGUE / PODIATRE / CHIROPRACTICIEN / PODO-ORTHÉSISTE / ORTHÉSISTE.**

1. Par la présente, je prescris/fournis les articles suivants pour le patient susmentionné:  
 Orthèses plantaires sur mesure     chaussures orthopédiques sur mesure

2. Diagnostic (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

3. Les articles sont-ils requis :    à la suite d'une blessure reliée au travail?    Oui     Non   
 à la suite d'un accident de véhicule automobile?    Oui     Non     pour les sports seulement?    Oui     Non

**Pour une demande de règlement d'orthèses plantaires sur mesure, veuillez fournir aussi les renseignements suivants :**

1. Copie des résultats des tests d'évaluation pour le diagnostic :  
 Examen biomécanique    ou     Analyse de la démarche     Autre \_\_\_\_\_

2. Identifier la technique de moulage. Doit créer un modèle volumétrique 3D du pied du patient.  
 Moulage en position neutre de la sous-astragalienne (comme le plâtre de Paris)  
 Moulage de semi-appui (comme le moulage sur mousse)  
 Balayage 3D au laser     Autre, veuillez préciser \_\_\_\_\_

3. Copie de la facture de laboratoire indiquant les matières brutes utilisées pour fabriquer l'orthèse et les coûts associés/engagés pour la fabrication.

**Le prescripteur doit signer dans cette case ou joindre l'ordonnance.**

\_\_\_\_\_    Date \_\_\_\_\_

**Nom du médecin/chiroprodiste/podiare (veuillez Écrire en lettres majuscules)**

Médecin     Chiroprodiste     Podiare     Autre \_\_\_\_\_

**Signature** \_\_\_\_\_    **N° téléphone (     )** \_\_\_\_\_

1.	2.	3.	DATE DE LA REMISE			HONORAIRES / FRAIS \$
			AN	MOIS	JOUR	
						\$
						\$
						\$

**J'ATTESTE PAR LA PRÉSENTE QUE J'AI EFFECTUÉ LE TRAITEMENT DÉCRIT CI-DESSUS ET QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS INDIQUÉS SUR CE FORMULAIRE SONT PRÉCIS.**

<b>Signature du fournisseur</b> _____	<b>Accréditation</b> _____	<b>N° enregistrement</b> _____
<b>LE MEMBRE DU RÉGIME A ACQUITTÉ LA TOTALITÉ DES HONORAIRES /FRAIS INDIQUÉS SUR CE FORMULAIRE. VEUILLEZ REMBOURSER DIRECTEMENT LE MEMBRE DU RÉGIME.</b>		<b>J'ATTESTE QUE LE TRAITEMENT CI-DESSUS A ÉTÉ RENDU ET J'AUTORISE PAR LA PRÉSENTE DE PAYER DIRECTEMENT LE FOURNISSEUR SUSMENTIONNÉ.</b>
<b>Signature du fournisseur</b> _____		<b>Signature du patient</b> _____ <b>Date</b> _____

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.

VOUS DEVEZ NOUS SOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE RÉGLEMENT DANS LES 12 MOIS SUIVANT LA DATE DE SERVICE. (À MOINS D'INDICATION CONTRAIRE DANS VOTRE DOCUMENTATION DU RÉGIME DE PRESTATIONS). LE PATIENT/MEMBRE DU RÉGIME ASSUMERA LES COÛTS ENGAGÉS POUR L'OBTENTION DE CES RENSEIGNEMENTS, S'IL Y A LIEU.