

DEMANDE DE PAIEMENT

IMPORTANT : Joindre l'original des reçus (pas de photocopies). Il faut remplir les sections 1 à 3.
Les sections 4 et 5 doivent être remplies par le fournisseur sauf si une facture détaillée est jointe à ce formulaire de demande.

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT DU RAMU *(Cette section doit être remplie par le membre du RAMU.)*

Nom	Prénom	Numéro de certificat ou d'identification de l'Université	
Adresse		Numéro de téléphone () -	
Ville	Province	Code postal	

SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT *(Cette section doit être remplie par le membre du RAMU ou le patient.)*

Nom	Prénom	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
-----	--------	--------------------------------

Lien de parenté avec le participant Détenteur Conjoint Enfant à charge Femme Homme Non-binaire Non-précisé

SECTION 3 - AUTORISATION *(Cette section doit être remplie par le membre du RAMU.)*

N.B. : Si l'administrateur doit payer le fournisseur, le détenteur du certificat doit signer les déclarations A et B.

A. En présentant une demande de règlement au Groupe Assurance Cowan (Cowan), je confirme que je comprends et accepte tout ce qui suit : Je certifie que les renseignements fournis à l'appui de la présente demande de règlement sont véridiques, exacts et complets, et que toutes les fournitures et tous les soins et services faisant l'objet de cette demande de règlement ont été reçus par moi-même, mon conjoint ou mes personnes à charge. Je reconnais que la présentation d'une demande de règlement jugée fautive ou inexacte par Cowan, ainsi que de tout renseignement ou document connexe, sera signalée au promoteur de mon régime. Je reconnais que Cowan peut transmettre toute demande de règlement jugée fautive aux autorités chargées de l'application de la loi en vue de poursuites possibles. Cowan prendra les mesures nécessaires pour recouvrer toute somme obtenue de manière irrégulière à la suite d'une fautive demande de règlement. J'autorise toute personne ou organisation – notamment tout professionnel de la santé, établissement ou prestataire de soins de santé, organisme de réglementation professionnelle, employeur, administrateur de régime ou d'autres programmes d'avantages sociaux, assureur et service d'enquête – détenant des renseignements à recueillir, utiliser, conserver et échanger entre eux et avec Manuvie, ses réassureurs ou ses fournisseurs de services, y compris Cowan, tout renseignement nécessaire aux fins de l'administration du régime d'assurance collective ainsi que de la vérification, de l'étude et du traitement de ma demande (les « fins »). Je comprends que si je fournis des renseignements faux, incomplets ou trompeurs, ma couverture peut être refusée ou résiliée.

Je m'engage à rembourser toute somme ou tout trop-perçu que je pourrais devoir conformément aux dispositions du contrat d'assurance collective et j'autorise Cowan à déduire ces sommes de mes prestations futures. Si mon numéro d'assurance sociale (NAS) correspond à mon numéro de certificat, j'autorise son utilisation à des fins d'identification et d'administration. Il est entendu qu'une photocopie, une télécopie ou une version électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original. De plus amples informations sur les méthodes et motifs qui déterminent la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels par Manuvie ou Cowan se trouvent sur la page www.manuvie.ca/participant ou www.cowangroup.ca/fr/confidentialite/.

Je comprends que tous les renseignements fournis à Cowan ou recueillis par Cowan conformément à la présente autorisation seront conservés dans un dossier d'assurance maladie collective. Seules les personnes suivantes auront accès à ces renseignements :

- les employés de Manuvie, les employés de Cowan, les représentants, les réassureurs et les fournisseurs de services dans le cadre de leurs fonctions;
- les personnes que j'ai autorisées;
- les personnes autorisées par la loi.

J'ai le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés à mon dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.

Date : _____ Signature du participant : _____

B. J'autorise GROUPE ASSURANCE COWAN à faire le paiement au fournisseur dont le nom paraît ci-dessous. Je comprends que si ma demande est refusée par COWAN, je devrai payer au fournisseur tout service ou tout matériel fournis.

Date : _____ Signature du participant : _____

SECTION 4 - RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR *(À remplir par le fournisseur)*

Nom du fournisseur	Spécialisation	
Adresse	Code postal	
Votre numéro de fournisseur Cowan	Numéro de téléphone () -	

SECTION 5 - RELEVÉ DES SERVICES (À remplir par le fournisseur)

Date de prestation du service	Description du service	Code provincial (plus unité de temps si applicable)	Frais	Diagnostic

Je certifie que les services énumérés ci-dessus ont effectivement été rendus.

Date : _____

Signature du fournisseur : _____

N.B. : *Les **médecins** et les **hôpitaux** doivent inscrire le diagnostic.

COMMENT PRÉSENTER UNE DEMANDE DE RÉGLEMENT :

Les participants au RAMU et les fournisseurs de soins de santé peuvent soumettre le formulaire au moyen du portail sécuritaire en ligne en allant sur le site suivant :

Member: clients.cowangroup.ca

Provider: provider.cowangroup.ca

ou

envoyer le formulaire par la poste à l'adresse suivante :

Cowan Insurance Group

700-1420 Blair Place, Ottawa ON K1J 9L8

TOUTE DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS DOIT ÊTRE ADRESSÉE À :

Tél. : 1 833 377-UHIP (1 833 377-8447) Téléc. : 613 741-7771