

Québec
Service des règlements, Santé/dentaire
C. P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5

Toutes les autres provinces
Service des règlements, Santé/dentaire
C. P. 4643, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 5E3

INSTRUCTIONS

1. Les détails demandés dans le présent document sont requis afin que l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« iA Groupe financier ») puisse déterminer l'admissibilité de votre demande de remboursement en vertu de la garantie de soins infirmiers. Pour une approbation préalable, veuillez envoyer ce formulaire à l'adresse indiquée ci-dessus. Vous recevrez une lettre de confirmation de iA Groupe financier quant à votre demande une fois que l'évaluation aura été effectuée.
2. Afin de déterminer l'admissibilité de votre demande de remboursement en vertu de la garantie de soins infirmiers, veuillez vous assurer que le médecin traitant du patient fournisse l'information requise à la section « À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT », qui se trouve au verso du présent formulaire.
3. Certains programmes d'aide financière sont disponibles pour les services de soins à domicile. Vous devez vous inscrire auprès des organismes de votre province qui offrent de tels programmes si les soins sont nécessaires plus de deux semaines.

Résidents du Québec :

- CSSS (Centre de santé et de services sociaux)
- CLSC (Centre local de services communautaires)

Autres provinces :

- CASC (Centre d'accès aux soins communautaires)
- RLISS (Réseaux locaux d'intégration des services de santé)

À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT (ÉCRIRE LISIBLEMENT)**1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT**N° de police N° de certificat

Nom du participant _____

Nom du patient _____ Date de naissance

Lien avec le participant _____

2. NATURE DES FRAIS

Les frais pour des soins à domicile sont-ils engagés à la suite :

D'un accident de travail? Oui NonD'un accident de voiture? Oui Non

Autre, spécifier : _____

Date de l'accident : **3. CONFIRMATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT**

Si le présent questionnaire est soumis au nom de mon conjoint ou d'une de mes personnes à charge, JE CONFIRME que je suis AUTORISÉ à divulguer de l'information à son sujet en rapport avec les soins infirmiers reçus ou à venir.

J'AUTORISE tout fournisseur de soins de santé ou tout professionnel, tout organisme médical, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, toute commission des accidents du travail, le titulaire de la police, mon employeur ainsi que toute autre personne, tout organisme privé ou public ou toute institution à divulguer à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., à ses employés, à ses représentants et à ses fournisseurs toute information dont ils pourraient avoir besoin pour évaluer l'information contenue dans ce questionnaire afin de déterminer l'admissibilité aux prestations de soins infirmiers.

J'AUTORISE l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale comme numéro d'identification lorsque requis pour l'administration de la police collective.

JE RECONNAIS qu'une photocopie de la présente confirmation et autorisation possède la même validité que l'original.

Signature du participant _____ Date **VEUILLEZ REMPLIR ET SIGNER LE VERSO DE CE FORMULAIRE.**

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT (ÉCRIRE LISIBLEMENT)

4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES DU PATIENT

Veuillez fournir un bref résumé de l'état/du diagnostic requérant des soins infirmiers pour le patient : _____

Pronostic : _____

Besoins en soins : _____ heure(s) par jour, _____ jour(s) par semaine

Durée prévue des soins : du

	A		M		J	
--	---	--	---	--	---	--

 au

	A		M		J	
--	---	--	---	--	---	--

Niveau de soins requis : Inf. aut. Inf. aux. aut. Autre, spécifiez : _____

Lieu de prestations des services : Domicile Hôpital Autre, spécifiez : _____

Type de médication, méthode et fréquence d'administration : _____

Tâches spécifiques devant être effectuées par l'infirmier : _____

Autres commentaires : _____

5. CONFIRMATION ET IDENTIFICATION DU MÉDECIN TRAITANT

Je confirme par les présentes qu'à ma connaissance, l'information ci-dessus est complète et exacte.

Nom du médecin _____ Téléphone

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse _____ Télécopieur

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Médecin généraliste Spécialiste Autre, spécifiez : _____

Signature _____ Date

			A			M			J	
--	--	--	---	--	--	---	--	--	---	--