

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 à domicile. Pour une approbation préalable, veuillez envoyer ce formulaire à l'adresse indiquée ci-dessus. Vous recevrez une lettre de confirmation de la Société 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 à domicile, 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. COORDINATION DES PRESTATIONSCes frais sont-ils couverts par un autre régime d'assurance? Non Oui

Si c'est le cas, veuillez indiquer le nom du titulaire de la police : _____

Nom de l'autre société d'assurance _____

N° de contrat _____

Protection : Familiale Monoparentale Individuelle Conjointe**3. 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 : **4. FRAIS DE TRANSPORT**Au cours de votre rétablissement à la maison, devrez-vous vous déplacer pour bénéficier de soins médicaux ou d'un suivi médical? Non Oui

Quel(s) médecin(s) devrez-vous consulter? _____

Indiquez les dates des consultations :

Note : Veuillez fournir un certificat médical de votre médecin pour chaque consultation et indiquer les dates de la période d'hospitalisation ou la date de la chirurgie d'un jour. Ces frais ne sont remboursés que sur présentation des reçus (ex. : essence, autobus, stationnement).

5. FRAIS DE GARDE DES ENFANTSPendant votre rétablissement, devrez-vous payer des frais de garde des enfants excédant le montant que vous payez habituellement? Non Oui**Note : Veuillez fournir les reçus indiquant clairement le nom du fournisseur de services de garde d'enfants, ainsi que son adresse et son numéro de téléphone.****6. 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 à domicile 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 à domicile.

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 **X** _____Date

Veuillez faire remplir et signer la section au verso par le médecin traitant.

7. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES DU PATIENT

Veillez répondre à toutes les questions ci-dessous.

Le patient a-t-il été hospitalisé? Non Oui

Si c'est le cas, spécifiez la date d'admission

A									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 et la date de sortie

A									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.

Le patient a-t-il subi une chirurgie d'un jour? Non Oui; spécifiez la date de la chirurgie :

A									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Le patient a-t-il bénéficié de soins/d'un traitement à l'urgence? Non Oui; spécifiez la date de consultation à l'urgence :

A									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Durée du séjour en observation à l'urgence (nombre d'heures) : _____

Précisez les raisons médicales spécifiques requérant une hospitalisation, une chirurgie ou une consultation d'un jour à l'urgence : _____

Veillez spécifier la nature de la chirurgie : _____

Quel(s) autre(s) problème(s) de santé votre patient éprouve-t-il? _____

Description des soins requis : _____

Nom du fournisseur de soins à domicile : _____

S'agit-il d'un membre de la famille immédiate (conjoint, mère, père, enfant, frère ou sœur de l'assuré)? Non Oui

Adresse _____ Numéro de téléphone

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

Durée pendant laquelle les soins à domicile sont requis : _____ heure(s) / _____ jour(s), jusqu'au

A									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Description des services : Hygiène Mobilité Entretien ménager hebdomadaire
 Alimentation Autres : _____

Votre patient est-il en phase terminale d'une maladie? Non Oui

7. CONFIRMATION ET IDENTIFICATION DU MÉDECIN TRAITANT

Je confirme par les présentes que, 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									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--