

FORMULAIRE D'ÉVALUATION CONCERNANT UN LIT D'HÔPITAL

Comment remplir le formulaire

Ce formulaire doit être complété intégralement afin de ne pas retarder le processus d'évaluation de la demande. Une fois que nous serons en possession de toutes les informations nécessaires et que nous aurons procédé à leur évaluation, nous donnerons au demandeur un avis écrit concernant le régime d'assurance. Veuillez vous assurer de bien remplir tous les champs à l'encre bleue.

Partie 1: Informations sur le patient à transmettre intégralement par le demandeur

Nom du patient : _____ Date de naissance: ____j/____m/____a

Numéro de téléphone Domicile : (____) _____ Travail (____) _____

Numéro du groupe _____ Numéro du certificat _____

Y a-t-il des prestations ou services médicaux offerts dans le cadre d'une autre assurance

Oui Non

Si oui, quel est le nom de l'autre compagnie d'assurance?

Partie 2: Renseignements sur le financement provincial à compléter par le demandeur

La couverture offerte par votre plan SécurIndemnité concernant les Lit D'Hôpital est complémentaire à tous services auxquels vous avez droit dans le cadre du Programme d'appareils et accessoires fonctionnels de votre province. Veuillez vous assurer de communiquer avec le représentant de votre régime provincial pour vérifier votre admissibilité avant de déposer une demande de prestation pour un Lit D'Hôpital auprès de SécurIndemnité.

Une partie sera-t-elle prise en charge par votre régime provincial? Oui Non

Sinon, veuillez en indiquer la raison? _____

Partie 3: Nom du médecin prescripteur

Nom du médecin: _____

Adresse: _____

Numéro de téléphone:(____) _____ Numéro de télécopieur:(____) _____

Signature du médecin: _____

Partie 4: Renseignements médicaux courants à transmettre intégralement par le médecin

Diagnostic:

Pronostic:

Quelle est la durée d'utilisation prévue du lit d'hôpital par le patient?

Durée d'utilisation requise du lit d'hôpital?

Partie 5: Informations relatives à l'achat et à la location à transmettre par le fournisseur....

Nom du fournisseur médical: _____

Quel est le coût mensuel de location pour :

Lit d'hôpital manuel _____

Lit d'hôpital électrique _____

Quel est le coût d'achat pour :

Lit d'hôpital manuel _____

Lit d'hôpital électrique _____

Partie 6 : Autorisation à remplir par le demandeur

Divulgateion de renseignements

J'autorise la divulgation de tous les renseignements requis relativement à cette demande adressée à SécurIndemnité et confirme que les renseignements fournis dans ce formulaire sont vrais, corrects et complets, dans la limite de ma connaissance.

Veillez noter que les coûts éventuels relatifs à l'obtention de ces renseignements sont à la charge du participant au régime. En outre, le fait d'avoir complété ce formulaire ne signifie pas l'admissibilité au régime d'assurance.

Nom du participant au régime: _____

Signature: _____ Date: _____

Après avoir dûment complété tous les documents joints, veuillez les retourner à SécurIndemnité Inc.

Envoyer à: SÉCURINDEMNITÉ INC.
CP 6500 SUCCURSALE A
SUDBURY ON P3A 5N5