

FORMULAIRE D'ÉVALUATION CONCERNANT LES SOINS INFIRMIERS

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 les services de soins à domicile provinciaux à transmettre intégralement par le demandeur.

Les prestations offertes par votre plan Sécurité Indemnité concernant les soins infirmiers sont complémentaires à tous services auxquels vous avez droit dans le cadre de votre régime de soins à domicile provincial. Veuillez vous assurer de communiquer avec un représentant de votre régime de soins à domicile avant de présenter une demande de prestations pour des soins infirmiers à Sécurité Indemnité.

Participation d'une aide à domicile : Oui Non

Si « oui », combien d'heures d'aide par jour/semaine sont fournies par les professionnels de la santé suivants :

Inf. aut. (infirmier autorisé) _____ par jour par semaine

Inf. aux. immat./Inf. aux. aut. (infirmier auxiliaire immatriculé/infirmier auxiliaire autorisé) _____ par jour par semaine

PSSP (préposé aux services de soutien personnels) _____ par jour par semaine

Responsable des cas : _____ Numéro de téléphone : (____) _____

Partie 3: Informations médicales actuelles à transmettre intégralement par le médecin.

Diagnostic : _____

Antécédents médicaux : _____

Pronostic : _____

Raison pour laquelle des soins infirmiers sont nécessaires et fonctions spécifiques : _____

État de santé: Aigü Chronique Palliatif

État de santé: Instable/imprévisible Stable/prévisible

Niveau de soins recommandé : Inf. aut. Inf. aux. aut./Inf. aux. immat.

Durée requise des soins infirmiers : _____

Services infirmiers à fournir : À domicile

En dehors du domicile

Dans le second cas, veuillez spécifier : _____

Partie 3 : Nom du médecin prescripteur.....

Nom du médecin : _____

Adresse : _____

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

Signature du médecin : _____

Date : _____

Partie 4 : Renseignements relatifs aux soins infirmiers à transmettre par l'inf. aut., l'inf. aux. aut., l'inf. aux. immat. ou le PSSP....

Nom de l'inf. aut., l'inf. aux. aut., l'inf. aux. immat. ou du PSSP : _____

Numéro d'immatriculation et type de licence : _____

Le patient ou participant est-il un parent? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer la nature de la relation : _____

Partie 5 : Autorisation à remplir par le demandeur.....

Divulgarion de renseignements :

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

Veuillez 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 Sécurité Indemnité Inc.

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