

**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**

- Les détails demandés dans le présent document sont requis afin que 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.
- Veuillez vous assurer que le médecin traitant remplisse la section « À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT » à la page suivante de ce formulaire.
- 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 :** Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS ou CIUSSS) ou Centre local de services communautaires (CLSC)

**Résidents de l'Ontario :** Services de soutien à domicile et en milieu communautaire (SSDMC)

**Résidents des autres provinces :** veuillez vérifier si des organismes de votre province offrent de tels programmes et vous y inscrire, le cas échéant

**À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT (ÉCRIRE LISIBLEMENT)****1. RENSEIGNEMENTS DE BASE**

N° de police \_\_\_\_\_ N° de certificat \_\_\_\_\_

Prénom du participant \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

**Si cette demande est pour votre conjoint ou pour votre enfant à charge, précisez :**

Prénom du patient \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Lien avec le participant \_\_\_\_\_ Date de naissance 

A	M	J

**2. LIEU DE RÉSIDENCE DE LA PERSONNE À QUI SONT DESTINÉS DES SOINS INFIRMIERS**

Les frais pour des soins infirmiers sont-ils pour une personne qui réside :

En établissement public de soins de longue durée (ex. CHSLD)?  Non  Oui, indiquez le nom \_\_\_\_\_

En établissement privé de soins de longue durée?  Non  Oui, indiquez le nom \_\_\_\_\_

En résidence publique pour personnes âgées?  Non  Oui, indiquez le nom \_\_\_\_\_

En résidence privée pour personnes âgées?  Non  Oui, indiquez le nom \_\_\_\_\_

Autre?  Non  Oui, spécifiez \_\_\_\_\_

Indiquez l'adresse exacte, selon le choix coché ci-dessus \_\_\_\_\_

**3. LIEU DE PRESTATION DES SERVICES**

Lieu de prestation des services :  Hôpital  Établissement de soins de longue durée/CHSLD  Résidence pour personnes âgées

Autre, spécifiez \_\_\_\_\_

**4. NATURE DES FRAIS**

Les frais pour des soins infirmiers sont-ils engagés à la suite : d'un accident de travail?  Oui  Non d'un accident de voiture?  Oui  Non

Autre, spécifiez \_\_\_\_\_

Date de l'accident 

A	M	J

**5. CONFIRMATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT**

Si le présent questionnaire est soumis au nom de mon conjoint ou d'un de mes enfants 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 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. (« iA Groupe financier »), à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs de services tout renseignement qui pourrait leur être nécessaire 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 

A	M	J

**1. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES SUR LE PATIENT**

Prénom du patient \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

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 prestation des services \_\_\_\_\_

Type de médication, voie et fréquence d'administration – Joignez des feuilles supplémentaires au besoin.

Médicament	Voie d'administration	Fréquence

Tâches spécifiques devant être effectuées par l'infirmier \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autres commentaires \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. CONFIRMATION ET IDENTIFICATION DU MÉDECIN TRAITANT**

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

Prénom du médecin \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ N° de permis \_\_\_\_\_

Médecin généraliste  Spécialiste  Autre, spécifiez \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Code postal 

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

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date 

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