

1- À remplir par l'adhérent

Nom de l'adhérent _____ N° de contrat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse de l'adhérent _____

Nom du patient _____ Âge _____ Taille (pi po / m cm) _____ Poids (lb / kg) _____

Parenté avec l'adhérent _____

Note : Nom, adresse et numéro de téléphone de l'établissement où les soins ont été prodigués ou seront prodigués :**N.B.** Certains programmes d'aide financière existent pour les services d'aide domestique. Nous vous invitons à contacter votre centre local des services communautairesCes frais sont-ils couverts par une autre assurance? Non Oui Si oui, nom du détenteur du contrat : _____ Date de naissance : | | | | ^A | | | | ^M | | | | ^J |

Nom de l'autre compagnie : _____ N° de contrat : _____

Protection : Familiale Monoparentale Individuelle CoupleCes frais sont-ils consécutifs à un accident de travail? Non Oui Ces frais sont-ils consécutifs à un accident d'automobile? Non Oui **2- Frais de transport**Au cours de votre convalescence, à la maison, devrez-vous vous déplacer pour bénéficier de soins médicaux ou d'un suivi médical? Non Oui

Quels sont le ou les médecin(s) que vous devrez consulter?

JOINDRE UNE ATTESTATION DE VOTRE MÉDECIN POUR CHAQUE CONSULTATION ET NOUS INDIQUER LA PÉRIODE DE L'HOSPITALISATION OU LA DATE DE LA CHIRURGIE D'UN JOUR. «LES FRAIS SONT REMBOURSABLES SUR PRÉSENTATION DE REÇUS SEULEMENT. (EX.: ESSENCE, TAXI, STATIONNEMENT, AUTOBUS, TRANSPORT ADAPTÉ).»**3- Frais de garde des enfants**Au cours de votre convalescence, devrez-vous engager des frais de garde qui sont en excédent de ceux engagés habituellement? Non Oui **4- Autorisation de l'assuré**

Je certifie que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts. J'autorise les organismes ou professionnels de la santé concernés à communiquer à SSQ, Société d'assurance-vie inc. les renseignements relatifs à la présente demande de prestations.

Date

Signature de l'assuré

N.B. NOUS FOURNIR DES REÇUS QUI MENTIONNENT CLAIEMENT LE NOM DE LA PERSONNE QUI DISPENSE LES SERVICES DE GARDE OU D'AIDE À DOMICILE, SON ADRESSE AINSI QUE SON NUMÉRO DE TÉLÉPHONE.

5- À remplir par le médecin traitant

Répondre à toutes les questions

- a) Y a-t-il eu hospitalisation? Non Oui Si oui, dates d'entrée et de sortie : du | | | A | | | M | | | J | | | au | | | A | | | M | | | J | | |
- b) Y a-t-il eu chirurgie d'un jour? Non Oui Si oui, date de la chirurgie : | | | A | | | M | | | J | | |
- c) Le patient a-t-il reçu des soins à l'urgence de l'hôpital? Non Oui
Si oui, date de la consultation à l'urgence : | | | A | | | M | | | J | | |
Durée du séjour en observation à l'urgence : _____ Nombre d'heures : _____
- d) Les raisons médicales précises qui ont nécessité l'hospitalisation, la chirurgie d'un jour ou la consultation à l'urgence :

- e) La nature de l'intervention chirurgicale?

- f) Quel(s) autre(s) problème(s) de santé votre patient présente-t-il?

- g) Les soins sont-ils recommandés et prescrits par un médecin? Non Oui
- h) Quels types de soins votre patient doit-il recevoir?
 Soins infirmiers licenciés ou auxiliaires Nombre d'heures/jour : _____ Nombre de jours : _____
Description des soins infirmiers : _____
-
- Aide à domicile Durée : _____
Description des services : Hygiène Mobilisation Entretien ménager hebdomadaire
 Alimentation Autres _____
-
- Maison de convalescence Durée : _____
Description des soins : _____
-
- Réadaptation fonctionnelle Durée : _____
Description des services : pht ergo Autres _____
-
- i) Votre patient est-il en phase terminale d'une maladie (soins palliatifs)? Non Oui

6- Déclaration et identification du médecin traitant

Je certifie, par les présentes, que les renseignements susmentionnés sont, au meilleur de ma connaissance, véridiques et exacts.

_____	_____	_____
Nom	Prénom	N° de permis
_____	_____	_____
Date	Signature du médecin traitant - spécialité	

7- Adresser ce formulaire à :

Le directeur médical
SSQ, Société d'assurance-vie inc.
Gestion de l'assurance santé - Prestations
2525, boulevard Laurier
C.P. 10500, succursale Sainte-Foy
Québec (Québec) G1V 4H6
ou par télécopieur : 418 651-0894
Sans frais : 1 855 453-3942

Pour information supplémentaire, communiquer avec notre service à la clientèle :
Région de Québec : 418 651-2588
Autres régions : 1 800 380-2588