

www.ssq.ca

Français: 418-651-2588 ou sans frais 1-877-651-8080

Anglais: 418-651-2551 ou sans frais 1-888-651-8181

Télécopieur: 1-855-453-3942

Au Patient: Les détails requis ci-dessous sont obligatoires pour que SSQ Assurance puisse déterminer sa responsabilité quant à cette demande. Une réponse par lettre décrivant notre responsabilité sera rapidement envoyée au patient. Le fait de ne pas demander une approbation préalable pourrait entraîner le refus de payer votre demande de prestations.

SECTION I - À COMPLÉTER PAR L'ADHÉRENT

Nom du patient _____ Date de naissance ____/____/____ Âge ____

Adresse _____ Taille ____ Poids ____

Numéro de téléphone _____ N° de certificat SSQ _____

Nom de l'adhérent _____

Êtes-vous couvert(e) par une autre assurance collective? Oui Non

Si c'est le cas, indiquez le nom de la compagnie d'assurance _____

Si l'autre protection est offerte par SSQ, indiquez le numéro d'identification _____

SECTION II - À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN

- 1) Je, à titre de médecin traitant, autorise par la présente les services d'un infirmier autorisé (I.A.) _____, d'un infirmier auxiliaire autorisé (I.A.A.) _____, d'un travailleur de soutien personnel (T.S.P.) _____, d'un infirmier licencié _____, d'un préposé aux bénéficiaires _____, pour le patient mentionné.
- 2) Diagnostic du patient (veuillez préciser) _____
- 3) **Les soins spéciaux et le traitement devant être prodigués (indiquez les fonctions devant être effectuées, incluant toutes complications ou circonstances atténuantes, l'équipement spécial qui doit être surveillé, les médicaments devant être administrés et s'ils sont administrés régulièrement ou sur une base de nécessité, par voie orale ou par injection, intramusculaire ou sous-cutanée). VEUILLEZ PRÉCISER.**

- 4) Date du début des soins : _____
- 5) Durée prévue du besoin de ces services : _____ semaine(s) _____ mois _____ année(s)
- 6) Nombre d'heures **PAR JOUR** pendant lesquelles ces services sont requis : I.A. _____ I.A.A. _____ T.S.P. _____
P.B. _____ Inf. lic. _____
- 7) Nombre de jours par semaine : I.A. _____ I.A.A. _____ T.S.P. _____ P.B. _____ Inf. lic. _____
- 8) Ces services sont-ils requis en plus de ceux fournis en vertu de tous autres programmes financés par le gouvernement. Oui Non
Si oui, joindre une lettre détaillant quels services sont fournis. Si non, veuillez préciser la raison. _____

Programmes gouvernementaux

Nombre d'heures par jour _____ Niveau de soins (I.A., T.S.P.) _____ Nom de l'agence _____

- 9) Ces services sont-ils requis suite à une blessure liée au travail ? Oui Non
 - 10) Ces services sont-ils requis suite à un accident de véhicule automobile ? Oui Non
 - 11) Au cours de votre convalescence, à la maison, devrez-vous vous déplacer pour bénéficier de soins médicaux ou d'un suivi médical? Oui Non
- Qui est le médecin 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).

- 12) Au cours de votre convalescence, devrez-vous engager des frais de garde d'enfants qui sont excédent de ceux engagés habituellement? Oui Non

Signature du médecin _____ () M.G. () Spécialiste Date _____

Nom du médecin (écrire en majuscules) _____ Numéro de téléphone du médecin _____

En signant ce formulaire de demande de prestations et(ou) en envoyant les reçus originaux, je confirme que les renseignements indiqués sur ce formulaire sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements, que j'ai fournis à SSQ Assurance sur moi-même et mes personnes à charge, seront utilisés par SSQ Assurance pour l'évaluation des demandes de prestations et tout autre service nécessaire dans l'administration de nos prestations, qui pourrait inclure l'échange de renseignements avec d'autres intervenants dans le but d'administrer cette demande de prestations.

VOUS DEVEZ SOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS À SSQ ASSURANCE DANS LES 12 MOIS SUIVANT LA DATE DU SERVICE. LE PATIENT/ADHÉRENT ASSUMERA LES COÛTS ENGAGÉS POUR L'OBTENTION DE CES RENSEIGNEMENTS, S'IL Y A LIEU.

SSQ, Société d'assurance-vie inc. s'est engagée à maintenir la confidentialité des renseignements qui vous concernent.