Desjardins Assurances
Vie • Santé • Retraite

C. P. 3950
Lévis (Québec) G6V 8C6
desjardinsassurancevie.com/adherent
1 800 463-7843

Assurance collective - Règlements d'assurance maladie

DEMANDE DE PRESTATIONS
ASSURANCE SOINS À DOMICILE

Section A – Renseignements généraux – À remplir par la personne assurée.

Nom et prénom de l'adhérent	Date de naissance AAAA MM JJ	N° de police ou groupe ou contrat

Adresse	N°, rue, appartement			
	Ville	Province	Code postal	N° de certificat

Nom de la personne assurée pour qui les frais ont été engagés	Lien de parenté avec l'adhérent	Date de naissance AAAA MM JJ

Nom du groupe ou du preneur ou de l'employeur	**Signature de l'administrateur lorsque requis**	**Date** AAAA MM JJ

1. Nature de l'événement (cochez la ou les case(s) appropriée(s)) ☐ Hospitalisation ☐ Chirurgie — Date de l'événement AAAA MM JJ
2. Détails des circonstances ayant mené à l'hospitalisation, la chirurgie ou l'accident :
3. Les frais réclamés sont-ils couverts par un autre contrat d'assurance? ☐ Oui ☐ Non

   Si oui : Nom de l'assureur : _____ N° de contrat : _____
4. Avez-vous contacté Assistel avant de recevoir les services? ☐ Oui ☐ Non Si oui, numéro de dossier : _____

IMPORTANT : SI VOTRE RETOUR AU TRAVAIL EST ANTICIPÉ, VEUILLEZ AVISER L'ASSUREUR DE LA DATE DU RETOUR.

Section B – Gestion des renseignements personnels

Pour vous servir au quotidien et pour respecter nos obligations légales, nous devons recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels à votre sujet. Pour plus de détails, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins au www.desjardins.com/politique-confidentialite. Des consentements spécifiques pour assurer la réalisation et la continuité du service chez Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée Desjardins Assurances, peuvent vous être demandés. Ces démarches seront entreprises dans le respect de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Vos renseignements ne sont consultés que par les employés qui doivent y accéder pour exécuter leurs tâches. Desjardins Assurances peut aussi communiquer avec ses assurés à des fins de gestion optimale de leur santé (outils d'aide aux réclamations, documentation informative sur la santé, etc.) et offrir à ces derniers un produit d'assurance à la suite de la cessation de leur assurance collective. Vous avez le droit d'examiner les renseignements personnels que nous détenons à votre sujet et de demander la correction de tout renseignement incomplet, ambigu ou non pertinent. Pour connaitre comment soumettre une telle demande, consultez notre Politique de confidentialité.

Section C – Déclaration et autorisation à la collecte, à l'utilisation et à la communication de renseignements personnels

J'atteste que les déclarations faites sur le présent formulaire sont exactes et complètes. Je reconnais avoir pris connaissance de la section Gestion des renseignements personnels. Aux strictes fins de la gestion du dossier et du règlement de la présente demande de prestations, j'autorise Desjardins Assurances : a) à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus à mon sujet qui sont nécessaires au traitement de mon dossier. Sans que la liste ne soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, ou des compagnies d'assurance; b) à ne communiquer auxdites personnes ou organismes que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet du dossier; c) à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détiendrait déjà et dont l'objet est accompli. Afin d'atteindre les fins identifiées ci-dessus et pour vous offrir un accompagnement qui répond à vos besoins, vos renseignements pourraient être utilisés, sur une base dépersonnalisée, pour des analyses, des statistiques et l'élaboration de modèles prédictifs. Le présent consentement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où elles sont visées par ma demande. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérent _____ **Date** _____

N^os de téléphone : Résidence : _____ Travail : _____ Poste : _____

Section D – Période de convalescence – À remplir par le médecin traitant qui recommande la période de convalescence.

1. Diagnostic : _____
2. Traitement ou type de chirurgie : _____
3. Hospitalisation : Date d'admission : _____ (AAAA MM JJ) Date de sortie : _____ (AAAA MM JJ)

   Nom de l'hôpital : _____
4. Cochez le ou les critère(s) de perte d'autonomie nécessitant une période de convalescence :
   - ☐ Se nourrir — La personne assurée a besoin d'aide pour préparer ses repas ou pour se nourrir.
   - ☐ Se déplacer — La personne assurée a besoin d'aide pour se lever de son lit ou d'un fauteuil, pour se coucher ou pour s'asseoir.
   - ☐ Se vêtir — La personne assurée a besoin d'aide pour mettre ou enlever ses vêtements ou ses prothèses orthopédiques.
   - ☐ Pourvoir à ses besoins élémentaires d'hygiène — La personne assurée a besoin d'aide pour se laver, entrer ou sortir du bain ou de la douche ou pour utiliser les toilettes.
5. Période de convalescence prescrite : période durant laquelle la personne assurée doit nécessairement présenter un ou plusieurs des critères de perte d'autonomie énumérés ci-dessus :

   Du _____ (AAAA MM JJ) Au _____ (AAAA MM JJ) Nombre de jours : _____
6. Avez-vous recommandé des soins infirmiers à domicile? ☐ Oui ☐ Non Si oui, pour quel genre de services? _____
7. La personne assurée vous-a-t-elle déjà consulté ou a-t-elle déjà consulté un autre médecin ou professionnel de la santé pour la condition ayant nécessité l'hospitalisation ou la chirurgie avant le _____ (AAAA MM JJ)? ☐ Oui ☐ Non Si oui, veuillez nous fournir les renseignements suivants :

Nom du médecin	Date des visites (AAAA MM JJ)	Diagnostic	Traitements

8. La convalescence a-t-elle été prescrite suite à un accouchement? ☐ Oui ☐ Non

   Si oui, la personne assurée a-t-elle été hospitalisée sur votre recommandation pour une période de plus de sept (7) jours **après** l'accouchement en raison de complications?

   ☐ Oui ☐ Non Si oui, veuillez indiquer :

   a) Nombre de jours d'hospitalisation (après l'accouchement) : _____ jours

   b) Détails des complications : _____

Nom et adresse du médecin (EN LETTRES MAJUSCULES)

_____ **N^o de licence :** _____

_____ **N^o de téléphone :** _____

Signature du médecin traitant : **Date :**

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Pour tous les frais réclamés : 1- Vous devez fournir l'original du reçu qui détaille les services reçus.
2- Lorsque l'espace réservé est insuffisant, vous pouvez annexer une feuille séparée que vous devez dater et signer.

Section E – Services d'aide à domicile – À remplir par la personne assurée ou par l'adhérent.

Date de chaque service (AAAA MM JJ)	Détails des services	Nombre de jours	Honoraires/jour
			$
			$
			$

Nom du fournisseur : _____

Adresse : _____

_____ Nº de téléphone : _____

Relation avec l'adhérent : ☐ Ami ☐ Parent ☐ Autre, précisez : _____

Section F – Soins infirmiers à domicile – À remplir par la personne assurée ou par l'adhérent.

Liste des services reçus	Date des services (AAAA MM JJ)	Taux horaire	Nombre d'heures	Montant
				$
				$
				$

Nom de l'infirmier ou de l'infirmière : _____

Adresse : _____

N° de licence : _____ Nº de téléphone : _____

Relation avec l'adhérent : ☐ Ami ☐ Parent ☐ Autre, précisez : _____

Section G – Séjour dans un centre de convalescence – À remplir par la personne assurée, par l'adhérent ou par le centre de convalescence.

Nom et adresse du centre de convalescence

_____

_____

_____

Durée du séjour AAAA MM JJ AAAA MM JJ

Du : _____ Au : _____ Montant : _____ $

Section H – Frais de garde des enfants – À remplir par la personne assurée ou par l'adhérent.

Date des services (AAAA MM JJ)	Nom de l'enfant	Date de naissance (AAAA MM JJ)	Montant réclamé	Montant normalement payé pour la garde des enfants
			$	$
			$	$
			$	$

Nom du gardien : _____

Adresse : _____

_____ Nº de téléphone : _____

Relation avec l'adhérent : ☐ Ami ☐ Parent ☐ Autre, précisez : _____

Section I – Frais de déplacement – À remplir par la personne assurée ou par l'adhérent et faire signer tout médecin ou professionnel de la santé consulté.

Admissibles seulement à la suite d'une chirurgie ou d'une hospitalisation.

Dates (AAAA / MM / JJ)	Transport utilisé (aller-retour)	Soins prodigués		Nom, adresse et numéro de permis du médecin ou professionnel
	_____ $ Taxi		**Signature du médecin ou professionnel de la santé**	
	_____ km Voiture privée	_____ $ Stationnement		
	_____ $ Transport public			
AAAA / MM / JJ				
	_____ $ Taxi		**Signature du médecin ou professionnel de la santé**	
	_____ km Voiture privée	_____ $ Stationnement		
	_____ $ Transport public			
AAAA / MM / JJ				
	_____ $ Taxi		**Signature du médecin ou professionnel de la santé**	
	_____ km Voiture privée	_____ $ Stationnement		
	_____ $ Transport public			

IMPRIMER **RÉINITIALISER**