

Le masculin est utilisé dans le présent document de façon neutre dans le but d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.

La couverture des soins infirmiers en vertu de votre régime de Croix Bleue Medavie est complémentaire à celle offerte par les régimes provinciaux. Si le régime provincial refuse les services que vous demandez, veuillez obtenir un refus par écrit et demander à votre médecin de remplir le présent formulaire. Veuillez remplir le présent formulaire au complet et le soumettre à l'un des bureaux de Croix Bleue Medavie ci-dessous (voir adresses ci-après). Si le formulaire est incomplet, il sera retourné à l'adhérent puisque nous ne pouvons traiter un formulaire incomplet.

Veuillez noter que la soumission de ces renseignements ne garantit pas le paiement ni ne laisse entendre l'approbation de la demande de règlement ou de la demande de règlement anticipée.

Formulaire à remplir pour des soins infirmiers prodigués en résidence privée.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT (à l'usage du patient)

Nom de l'adhérent : _____

N° d'identification : _____ N° de police : _____

Nom du patient : _____

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____ N° de téléphone : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Personne-ressource : _____ Téléphone pour vous joindre le jour : _____

Est-ce que le patient est résident de (✓) : ☐ Établissement de soins infirmier ☐ Foyer de soins spéciaux ☐ Ne s'applique pas

Je comprends que les renseignements personnels que j'ai fournis dans le présent formulaire sont recueillis et utilisés par Croix Bleue Medavie pour administrer les modalités de ma police ou de la police d'assurance collective à laquelle j'adhère, pour me recommander des produits et des services auxquels je suis admissible en raison de mon adhésion à une police, ainsi que pour d'autres fins applicables, tel qu'il est décrit dans l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie à cbmedavie.ca.

Selon le type de couverture que je souscris, certains renseignements personnels, par exemple des données sur mes demandes de règlement ou ma santé ou encore des données financières, pourraient être recueillis auprès de tiers ou leur être communiqués, afin d'administrer et de gérer les garanties énoncées dans la police à laquelle j'adhère. Ces tiers peuvent comprendre des fournisseurs de soins de santé, d'autres compagnies d'assurance, des organismes de réglementation et d'enquête, des fournisseurs de services et le ou la titulaire de carte de tout contrat auquel j'adhère.

Si la loi le permet, mes renseignements personnels peuvent être transmis à des employés de Croix Bleue Medavie ou à des fournisseurs de services dans une province autre que celle où ces données ont été recueillies. Si je réside au Québec, mes renseignements personnels pourraient être transférés ou divulgués à des employés de Croix Bleue Medavie ou à des fournisseurs de services hors Québec.

Je comprends que mon consentement n'est valide que lorsqu'il est nécessaire pour les besoins décrits dans le présent document, à moins que je ne le retire. Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps. Cependant, dans certaines circonstances, une telle action pourrait empêcher Croix Bleue Medavie de me fournir certains produits ou services qui pourraient nous être utiles, à moi et à mes personnes à charge. Le présent document de consentement respecte les lois fédérales et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.

Si vous avez des préoccupations ou des questions ou souhaitez en savoir plus sur nos pratiques en matière de renseignements, y compris sur la façon dont vos renseignements personnels sont protégés et sur la marche à suivre pour consulter ou corriger vos renseignements personnels, veuillez lire l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie à cbmedavie.ca ou composer le 1-800-667-4511.

Signature du (des) patient(s) : _____ Date (JJ/MM/AAAA) : _____

(Si le patient a moins de 18 ans, la signature de l'adhérent est requise.)

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN (à l'usage du médecin) - CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Nom du médecin : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Numéro de télécopieur : _____

TAMPON

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (à l'usage du médecin)

Diagnostic primaire : _____

Diagnostic secondaire : _____

Médicaments : _____

Date de diagnostic

Pronostic (veuillez en cocher un) :

- ☐ Excellent (soins à court terme seulement)
 ☐ Bon (possibilités d'améliorations)
 ☐ Pauvre (aucune amélioration espérée)
☐ Soins de garde / surveillance (soins à long terme, besoins non médicaux)
 ☐ Soins palliatifs (moins de trois mois à vivre)

Durée recommandée des soins (cochez une case par colonne.) :

Nombre d'heures par jour	Fréquence de service :	Durée du traitement (veuillez en cocher un) :
☐ 1 à 4 ☐ 5 à 8 ☐ 9 à 12 ☐ 13 à 24	☐ Quotidienne ☐ Hebdomadaire ☐ Aux deux semaines ☐ Month Mensuelle ☐ Autre (veuillez préciser) _____	☐ 3 mois et moins ☐ 3 à 6 mois ☐ 6 à 12 mois ☐ Autre (veuillez préciser) _____

Types de services demandés (p. ex. pansements, hygiène personnelle)

- ☐ AVM ☐ Examens hématologiques ☐ Pansements
☐ Injections ☐ Administration de médicaments ☐ Soins pour stomies
☐ Soins des pieds ☐ Signes vitaux
☐ Autre (Veuillez préciser) : _____

**Non admissibles
(à moins d'indication contraire dans votre police)**

Repas et travaux ménagers Soins de garde ou répit
 Supervision / Surveillance Magasinage ou transport
 Services à l'hôpital / ou en foyer de soins

Signature du médecin : _____

Date : _____

How to Apply For Pre-approved Nursing Care Services

- Remplissez le formulaire Approbation préalable - soins infirmiers ou soins personnels en n'oubliant pas de le signer et de le faire signer par le médecin.
- Postez ou envoyez par télécopieur votre formulaire signé et rempli au bureau de Croix Bleue Medavie le plus proche :

ADRESSES DE CROIX BLEUE MEDAVIE

Adhérents du Canada Atlantique:

644, rue Main, C.P. 220
 Moncton NB E1C 8L3
 Information : 1-800-667-4511
 Télécopieur : 1-800-451-0355

Adhérents de l'Ontario

C.P. 2000, succ. A
 Etobicoke ON M9C 5P1
 Information : 1-800-667-4511
 Télécopieur : 1-800-451-0355

Adhérents du Québec seulement

1981, Avenue McGill College, bureau 100
 Montréal QC H3A 3A7
 Information : 1-800-667-4511
 Télécopieur : 1-800-451-0355

- Un de nos spécialistes en gestion de l'invalidité étudiera votre demande. Si nous avons besoin de plus amples renseignements, un représentant communiquera avec vous.

Notre spécialiste en gestion de l'invalidité vous avisera des services de soins infirmiers qui ont été approuvés lors du processus de préautorisation. Ce processus prend habituellement de quatre à sept jours. Dans certains cas où des services sont nécessaires sur-le-champ, notre spécialiste en gestion de l'invalidité approuvera les services **admissibles** pour une période maximale de sept jours.