



Questionnaire sur les soins de longue durée

Pour que nous puissions évaluer votre demande de règlement, veuillez demander à votre fournisseur de soins de répondre aux questions suivantes :

1. S'agit-il d'une demande de règlement pour des : soins en établissement
soins à domicile

2. Nom de la personne assurée : _____ Date du début des soins : _____

3. Nom, adresse et numéro de téléphone du fournisseur de soins en établissement/à domicile : _____

4. Preuve du paiement effectué au fournisseur de soins en établissement/à domicile susmentionné **(Veuillez joindre des copies des chèques/reçus, des documents d'admission et des factures. Nous vous faisons remarquer que sans ces documents, nous ne pourrons pas évaluer cette demande de règlement)**

5. La personne assurée est-elle en mesure d'accomplir les activités suivantes sans aide ?

ACTIVITÉ	OUI	NON
Marcher (détails/commentaires) :		
Prendre un bain (détails/commentaires) :		
Se lever de son lit ou d'une chaise (détails/commentaires) :		
S'habiller (détails/commentaires) :		
Observer les habitudes d'élimination et de propreté (détails/commentaires) :		
Manger (détails/commentaires) :		
Prendre des médicaments (détails/commentaires) :		

6. Veuillez décrire les soins dispensés ou annexer une copie de votre plan de soins :

Nom et signature du directeur des services de soins aux patients (si les soins sont dispensés en établissement) _____

Nom et signature du fournisseur de soins à domicile (si les soins sont dispensés à domicile)
