Centre Canada Vie
100 rue Osborne N
Winnipeg MB R3C 1V3

Bonjour,

Aux fins de l'établissement du montant de la protection pour les soins infirmiers prévue dans votre régime collectif de la Canada Vie, vous devez demander une évaluation préalable de ces soins avant qu'ils ne commencent. Pour ce faire, vous devez remplir en entier le document intitulé Soins infirmiers – Formulaire d'évaluation de l'état de santé ci-joint et le retourner à la Canada Vie.

Si vous ne l'avez pas déjà fait, veuillez communiquer avec l'organisme régissant le programme provincial de soins à domicile de votre région pour obtenir de tels soins. Nous vous demandons de bien vouloir aviser le coordonnateur de soins à domicile de ce programme que vous présentez une demande de règlement pour soins infirmiers supplémentaires à la Canada Vie et lui donner l'autorisation de nous transmettre des renseignements.

Étape 1 : Le formulaire ci-joint se divise en quatre parties. Pour éviter que l'évaluation préalable ne soit retardée, veuillez vous assurer d'écrire lisiblement et de bien remplir le formulaire en entier comme suit :

- Partie 1 : Renseignements sur le patient – ***à remplir par le participant de régime***. Le formulaire doit indiquer vos numéros de régime et d'identification.
- Partie 2 : Programme provincial de soins à domicile – ***à remplir par le médecin du patient***.
- Partie 3 : Confirmation de l'admissibilité au programme provincial de soins infirmiers – ***à remplir par le coordonnateur de soins à domicile du programme provincial de soins infirmiers***.
- Partie 4 : Autorisation – ***à remplir par le participant de régime et le patient***.

Étape 2 : À la réception du formulaire dûment rempli, la Canada Vie passera en revue les renseignements médicaux, confirmera auprès de votre gestionnaire des soins à domicile les soins que vous recevez et examiner votre contrat collectif afin de déterminer la protection pour soins infirmiers dont vous disposez.

Étape 3 : Lorsque nous aurons terminé notre évaluation préalable, nous vous informerons par écrit du montant, le cas échéant, de la protection pour soins infirmiers dont vous pouvez obtenir le remboursement au titre de votre régime collectif.

Si vous avez des questions au sujet des soins infirmiers, veuillez consulter votre livret des garanties à l'intention de l'employé ou appeler notre numéro sans frais 1-800-957-9777.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie

SOINS INFIRMIERS FORMULAIRE D'ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Une fois rempli, expédiez le présent formulaire :

Par la poste : Spécialiste, Gestion des demandes de règlement,
Soins médicaux et Soins dentaires
La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
CP 6000 Succursale Main
Winnipeg MB R3C 3A5

www.canadavie.com

SI LA DEMANDE EST URGENTE, VEUILLEZ L'ENVOYER PAR TÉLÉCOPIEUR AU 204 938-2820 (aux soins du spécialiste, Soins infirmiers) ou par courriel à l'adresse MedicalServices@canadalife.com.

Comme le courrier électronique n'est pas un moyen de communication sûr, nous encourageons toute personne préoccupée par la possibilité qu'un tiers non autorisé intercepte ses renseignements médicaux à transmettre ses formulaires par d'autres moyens.

DIRECTIVES POUR REMPLIR LE FORMULAIRE

Le présent formulaire doit être rempli au complet pour éviter les retards dans le traitement de la demande de règlement. Une fois que nous aurons obtenu tous les renseignements requis et évalué la demande de règlement, nous aviserons le demandeur par écrit de la protection du régime et du nombre d'heures admissible.

Le frais exigés pour l'obtention des renseignements médicaux ne sont pas couverts par votre régime.

Si vous avez des questions, veuillez consulter votre livret des garanties à l'intention de l'employé de la Canada Vie ou composer le 1 800 957-9777.

Partie 1 RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT – À remplir EN ENTIER par le participant de régime

Numéro de police : _____ Numéro d'identification du participant : _____

Nom du patient : _____ Numéro de téléphone : _____
Nom Prénom

Adresse du patient _____
Numéro et rue App. Ville Province Code postal

Date de naissance _____
Jour Mois Année

Langue de correspondance : ☐ Français ☐ Anglais

Mode de correspondance préféré : ☐ Poste ☐ Courriel

Adresse courriel : _____ @ _____ (si cette adresse est illisible, l'adresse postale sera utilisée)

Le patient a-t-il déjà soumis une demande de règlement pour soins infirmiers ou un Formulaire d'évaluation de l'état de santé? ☐ Oui ☐ Non

Autre assurance? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, nom de la compagnie _____ Numéro de police _____

Si vous avez droit à des soins infirmiers d'un autre programme provincial ou d'une autre police outre le régime de soins à domicile de votre province, veuillez nous fournir une copie du document d'approbation correspondant.

Partie 2 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX À JOUR À remplir par le médecin (en caractères d'imprimerie)

(Veuillez joindre une page séparée au besoin. Veuillez vous assurer d'écrire lisiblement.)

Diagnostic _____

Antécédents de l'état pathologique _____

Pronostic _____

Interventions chirurgicales et dates _____

Type d'affection ☐ Aiguë (moins de 3 mois) ☐ Convalescent (de 3 à 6 mois) ☐ Chronique (plus de 12 mois)
☐ Soins palliatifs (en fin de vie) ☐ Score – Échelle de performance pour soins palliatifs (PPS) _____

État de santé jugé ☐ Instable/imprévisible ☐ Stable/prévisible

Niveau recommandé des soins (la protection sera établie selon les modalités du régime)

☐ Inf. aut. (le médecin doit préciser à la section des soins infirmiers)

☐ Inf. aux. aut. (le médecin doit préciser à la section des soins infirmiers)

☐ Aide-soignant / préposé aux services de soutien à la personne

E1083A(f)-10/22

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.

Partie 2 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX À JOUR À remplir par le médecin (en caractères d'imprimerie) (suite)

Précisions sur les soins offerts par l'aide-soignant / le préposé aux services de soutien à la personne (soins autres qu'infirmiers)

Précisions sur les soins infirmiers (inf. aut./inf. aux. aut.) : pansements, injections, etc. (correspondant aux présents besoins infirmiers)
***Rappel : Ces soins ne peuvent pas être les mêmes que ceux offerts par l'aide-soignant ou le préposé aux services de soutien à la personne. Il est nécessaire de préciser la fréquence et la durée des soins.**

1.
2.
3.
4.

Médication actuelle : voie d'administration, posologie, fréquence

1. 6.
2. 7.
3. 8.
4. 9.
5. 10.

VEUILLEZ COCHER OU COMMENTER TOUTES LES SITUATIONS QUI S'APPLIQUENT :

Signes vitaux : Tens. art. _____ Pouls _____ Resp. _____ Temp. _____ SaO2 _____

Douleur/inconfort – 1er endroit : _____ **Douleur/incomfort – 2e endroit :** _____

Fréquence _____ Fréquence _____

Durée _____ Durée _____

Soulagé par _____ Soulagé par _____

Facteurs précipitants _____ Facteurs précipitants _____

Tégument

☐ Aucun problème de peau ☐ Lésion ☐ Éruption ☐ Callosité ☐ Ecchymose ☐ Plaie ☐ Écoulement ☐ Varice ☐ Dégradation cutanée

Dans l'affirmative, précisez : _____

Cavité buccale Diète spéciale ☐ Oui ☐ Non Type : _____

☐ Aucune difficulté ☐ Difficulté à la mastication ☐ Difficulté à la déglutition ☐ Prothèse dentaire : ☐ Supérieure ☐ Inférieure

☐ Autre _____

Systèmes neurologiques/cognitif Niveau de conscience ☐ Alerte ☐ Altéré

☐ Crises ☐ Évanouissements ☐ MMSE Résultat : _____ Date : _____ ☐ Tremblements ☐ Spasmes

☐ Cognition/orientation : Difficulté ☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, précisez : _____

☐ Autre _____

Systèmes respiratoire/cardiovasculaire

☐ Dyspnée ☐ Au repos ou à l'activité ☐ Orthopnée Toux : ☐ Sans expectorations ☐ Avec expectorations

☐ Cyanose ☐ Respiration sifflante ☐ Crépitation Recours à l'oxygène ☐ Continu ☐ Intermittent ☐ Taux _____

☐ Nébulisation ☐ Ventilateur ☐ Trachéotomie

☐ Autre _____

Système cardiovasculaire – Douleur thoracique? ☐ Oui ☐ Non (Dans l'affirmative, précisez) _____

Antécédents : ☐ Hypertension ☐ Hypotension ☐ Étourdissements

Dans l'affirmative, donnez les facteurs aggravants ou des précisions : _____

Système circulatoire Difficultés? ☐ Oui ☐ Non (Dans l'affirmative, précisez) _____

☐ Œdème: ☐ qui prend le godet ☐ orthostatique ☐ droit ☐ gauche ☐ bilatéral

Système gastro-intestinal

☐ Saignement ☐ Stomie ☐ Trouble gastro-intestinal ☐ Diarrhée Appétit ☐ bon ☐ léger

☐ Constipation ☐ Nausée/vomissement ☐ Tube de gastronomie/entéral

☐ Autre _____

Vue

☐ Aucune perte d'acuité visuelle ☐ Cécité ☐ Cataractes ☐ Vue partiellement affaiblie (précisez) _____

Ouïe/oreilles

☐ Aucune perte auditive ☐ Appareil auditif ☐ Surdité ☐ Ouïe partiellement affaiblie (précisez) _____

Appareil musculosquelettique

☐ Aucun trouble

☐ Coordination/équilibre _____ ☐ Articulations enflées _____

☐ Prothèse D/G _____ ☐ Mobilité réduite _____

☐ Amputation D/G _____ ☐ Autre _____

Appareil génital/urinaire

☐ Contrôle complet _____ ☐ Fréquence _____

☐ Incontinence _____ ☐ Hématurie _____

☐ Dysurie _____ ☐ Nycturie _____

☐ Sonde à demeure _____ ☐ Autre _____

Activités quotidiennes

Équipement adapté utilisé au domicile :

☐ Canne ☐ Fauteuil roulant ☐ Lit d'hôpital ☐ Aides à l'alimentation ☐ Marchette ordinaire ☐ Marchette à roulettes

☐ Chaise d'aisance ☐ Aides pour toilettes ☐ Lève-personne

☐ Aides pour baignoire ☐ Aucun ☐ Autre _____

☐ Indépendant _____

☐ A besoin d'aide pour : ☐ Se déplacer ☐ S'alimenter ☐ Se laver ☐ S'habiller ☐ Aller aux toilette ☐ Autre

Aide fournie par : _____

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) _____ Numéro de téléphone _____

Adresse _____

Numéro et rue Ville Province Code postal

Signature _____ Date _____

Partie 3 **CONFIRMATION DE L'ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME PROVINCIAL DE SOINS À DOMICILE** À remplir par le coordonnateur des soins

Ce document permettra au spécialiste des soins infirmiers de la Canada Vie de traiter votre demande de règlement efficacement et rapidement. Veuillez faire remplir la présente section par le coordonnateur de soins à domicile du programme provincial.

Nom du patient : _____

Numéro de police de la Canada Vie : _____ Numéro d'identification de la Canada Vie : _____

Nom du coordonnateur de soins à domicile : _____ Numéro de téléphone : _____

Responsable du cas : Veuillez indiquer le niveau de soins que le patient reçoit.

Aides de maintien à domicile (*encerclez ☐ AIDES-SOIGNANTS / ☐ PRÉPOSÉS AUX SERVICES DE SOUTIEN À LA PERSONNE / ☐ AUXILIAIRES FAMILIAUX) – par heure

Fréquence _____ Cible de l'intervention _____

Date de la fin du traitement _____ Nbre maximum d'heures atteint? ☐ Oui ☐ Non

Visites d'un infirmier praticien

Fréquence _____ Cible de l'intervention _____

Date de la fin du traitement _____ Nbre maximum d'heures atteint? ☐ Oui ☐ Non

Soins infirmiers (*encerclez ☐ INF. AUT. / ☐ INF. AUX. AUT.)

☐ Visites à domicile seulement – Fréquence _____ Cible de l'intervention _____

☐ Quarts de travail à domicile – Fréquence _____ Cible de l'intervention _____

Date de la fin du traitement _____ Nbre maximum d'heures atteint? ☐ Oui ☐ Non

Gestion de la douleur et des symptômes – soins palliatifs

Fréquence _____ Cible de l'intervention _____

Date de la fin du traitement _____ Nbre maximum d'heures atteint? ☐ Oui ☐ Non

Signature du responsable du cas _____ Date _____

Partie 4 **AUTORISATION** À remplir par le participant de régime et le patient

J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets. J'atteste que tous les biens et services mentionnés dans la présente demande de règlement ont été reçus par moi, mon conjoint ou les personnes à ma charge; et que mon conjoint ou les personnes à ma charge sont admissibles aux termes de mon régime.

La soumission de demandes de règlement frauduleuses est un acte criminel. La Canada Vie prend au sérieux les cas présumés de demandes de règlement frauduleuses et elle pourrait les signaler à votre employeur ou au répondant de votre régime, ainsi qu'à l'organisme d'application de la loi pertinent.

À la Canada Vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif. J'autorise la Canada Vie, tout prestataire de soins de santé ou de soins dentaires, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout prestataire de services travaillant avec la Canada Vie, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger les renseignements personnels nécessaires aux fins précitées. Il est entendu que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

Je consens également à ce que la Canada Vie et ses sociétés affiliées utilisent mes renseignements personnels à des fins de gestion et d'analyse des données internes.

Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux prestataires de services), écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie ou rendez-vous à l'adresse www.canadavie.com.

Nom du participant de régime _____ Signature _____

Nom du patient _____ Signature _____

Date _____

Effacer