



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 pourrions pas évaluer cette demande de règlement)

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

Table with 3 columns: ACTIVITÉ, OUI, NON. Rows include: 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 :

Empty rectangular box for describing care services or attaching a care plan.

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)

---