

RÉCLAMATION POUR DES SOINS À DOMICILE

Section A – Renseignements généraux – À remplir par l'adhérent.

Nom et prénom de l'adhérent		Date de naissance AAAA MM JJ		Numéro de contrat	
Adresse	N°, rue, appartement				
	Ville	Province	Code postal	Numéro 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, du preneur ou de l'employeur		Signature de l'administrateur lorsque requis		Date AAAA MM JJ	
1. Nature de l'événement (cochez les cases appropriées) <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Chirurgie					Date de l'événement AAAA MM JJ
2. Détails des circonstances ayant mené à l'hospitalisation ou la chirurgie _____					
3. Les frais réclamés sont-ils couverts par un autre contrat d'assurance? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Si oui : Nom de l'assureur : _____ N° de contrat : _____					

IMPORTANT : SI VOTRE DATE DE RETOUR AU TRAVAIL EST PRÉVUE, VEUILLEZ EN AVISER L'ASSUREUR.

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

Nom et prénom du médecin (EN LETTRES MAJUSCULES)		Numéro de permis		Spécialité	
Numéro, rue, bureau		Ville	Province	Code postal	
Numéro de téléphone		Numéro de télécopieur			
Signature du médecin _____					Date _____
1. Diagnostic _____					
2. Traitement ou type de chirurgie _____					
3. Hospitalisation : Date d'admission _____ Date de sortie _____					
Nom de l'hôpital : _____					
4. Cochez les critères de perte d'autonomie nécessitant une période de convalescence :					
<input type="checkbox"/> Se nourrir		– La personne assurée a besoin d'aide pour préparer ses repas ou pour se nourrir.			
<input type="checkbox"/> 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.			
<input type="checkbox"/> Se vêtir		– La personne assurée a besoin d'aide pour mettre ou enlever ses vêtements ou ses prothèses orthopédiques.			
<input type="checkbox"/> 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 :					
AAAA MM JJ		AAAA MM JJ		Nombre de jours _____	
Du _____ Au _____					
6. La convalescence a-t-elle été prescrite suite à un accouchement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Si oui, la personne assurée a-t-elle été hospitalisée pour une période de plus de sept (7) jours après l'accouchement en raison de complications? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Si oui, indiquez : a) Nombre de jours d'hospitalisation (après l'accouchement) _____ jours					
b) Détails des complications _____					

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

Section C – Frais pour les 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		Relation avec l'adhérent <input type="checkbox"/> Ami <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Autre, précisez _____	
Numéro, rue, bureau	Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone			

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

Date de chaque service AAAA-MM-JJ	Nom de chaque enfant	Date de naissance AAAA-MM-JJ	Montant réclamé	Montant normalement payé pour la garde des enfants
	1. _____	1. _____	_____ \$	_____ \$
	2. _____	2. _____		
	3. _____	3. _____		
	4. _____	4. _____		
	1. _____	1. _____	_____ \$	_____ \$
	2. _____	2. _____		
	3. _____	3. _____		
	4. _____	4. _____		
	1. _____	1. _____	_____ \$	_____ \$
	2. _____	2. _____		
	3. _____	3. _____		
	4. _____	4. _____		
	1. _____	1. _____	_____ \$	_____ \$
	2. _____	2. _____		
	3. _____	3. _____		
	4. _____	4. _____		
	1. _____	1. _____	_____ \$	_____ \$
	2. _____	2. _____		
	3. _____	3. _____		
	4. _____	4. _____		

Nom du gardien		Relation avec l'adhérent <input type="checkbox"/> Ami <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Autre, précisez _____	
Numéro, rue, app.	Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone			

Section E – 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.

Date de chaque service AAAA-MM-JJ	Transport utilisé (aller-retour)	Soins prodigués	Signature du médecin ou professionnel de la santé	Coordonnées du médecin ou du professionnel de la santé
	Taxi _____ \$ Voiture privée _____ km Stationnement _____ \$ Transport public _____ \$			Nom _____ Adresse _____ _____ N° de permis _____
	Taxi _____ \$ Voiture privée _____ km Stationnement _____ \$ Transport public _____ \$			Nom _____ Adresse _____ _____ N° de permis _____
	Taxi _____ \$ Voiture privée _____ km Stationnement _____ \$ Transport public _____ \$			Nom _____ Adresse _____ _____ N° de permis _____
	Taxi _____ \$ Voiture privée _____ km Stationnement _____ \$ Transport public _____ \$			Nom _____ Adresse _____ _____ N° de permis _____

Section F – 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 connaître comment soumettre une telle demande, consultez notre Politique de confidentialité.

Section G – 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°s de téléphone : Résidence :

Travail :

Poste :

Choisissez l'une des options suivantes pour nous faire parvenir ce formulaire et les autres documents requis au besoin et conservez une copie pour vos dossiers.

En ligne

1. Rendez-vous au desjardins.com/adherent et cliquez sur **Accéder à votre dossier**.
2. Saisissez votre code d'utilisateur et votre mot de passe afin de vous connecter à votre dossier d'assurance collective.
3. Dans l'onglet **Outils et ressources**, sélectionnez *Envoi de documents*, puis cliquez sur **Commencer l'envoi**.
4. Dans le menu déroulant **Type d'assurance**, sélectionnez *Assurance soins de santé*.
5. Dans le menu déroulant **Type de document**, sélectionnez *Formulaires*.
6. Dans la liste sous **Nom du document**, sélectionnez *Réclamation pour des soins à domicile*.
7. Joignez vos documents et finalisez l'envoi.

Par la poste

Desjardins Assurances
C. P. 3950
Lévis (Québec) G6V 8C6