

# DEMANDE DE SOINS



La Fondation PhysioExtra favorise l'accès à des soins de santé au privé, en réadaptation physique ou mentale, à des adultes et à des enfants présentant des besoins particuliers.

## ADMISSIBILITÉ

Toute personne voulant soumettre une demande de soins au privé à la Fondation PhysioExtra doit répondre aux critères suivants :

1. Avoir un besoin important et prioritaire de réadaptation physique ou mentale ;
2. Disposer de peu ou pas de ressources financières disponibles ;
3. Mettre en œuvre des stratégies de prise en charge par la personne pour s'aider dans sa condition initiale ;
4. La demande devra indiquer clairement à quelle fin le montant demandé à la Fondation sera utilisé et quel sera le plan de traitement.

## CONSIGNES

1. Remplissez le formulaire de demande de soins qui est disponible en ligne sur le site web de la Fondation PhysioExtra ou auprès d'un employé dans une de nos cliniques PhysioExtra.
2. Retournez la demande par courriel à [fondation@physioextra.ca](mailto:fondation@physioextra.ca)
3. Une seule demande par trimestre, par clinique, sera considérée jusqu'à nouvel ordre.
4. Tout bénéficiaire accepte que la Fondation PhysioExtra et l'entreprise PhysioExtra puissent se servir des photos et de l'histoire du bénéficiaire à titre promotionnel, principalement pour les besoins de la Fondation PhysioExtra. Au moins une photo et un témoignage du bénéficiaire devront être fournis lors des premières semaines d'interventions. Une photo accompagnant la demande serait souhaitable.

# FORMULAIRE DEMANDE DE SOINS



## SECTION 1- **Doit être complété par le demandeur.**

### 1.1 Renseignements sur l'identité de la personne qui demande des soins

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (A-M-J) : \_\_\_\_\_

Nom de famille du répondant (si différent du demandeur) : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance (A-M-J) : \_\_\_\_\_

### 1.2 Écrivez une brève histoire de la raison qui vous amène à faire une demande de soins

Commentaires :

### 1.3 Décrivez votre situation économique familiale (emploi et employeur du demandeur ou du répondant)

Commentaires :

# FORMULAIRE DEMANDE DE SOINS



## SECTION 2 - Doit être complété par le professionnel de PhysioExtra

### 2.1 Impression clinique (à remplir dans tous les cas)

Impression clinique :	Date de l'évaluation (A-M-J) :	Nombre de traitements reçus antérieurement, si tel est le cas :

Date de la dernière visite pour services professionnels d'évaluation ou de suivi : \_\_\_\_\_

Fréquence des visites : \_\_\_\_\_

### 2.2 Traitements et recommandations (à remplir dans tous les cas)

Commentaires :

### 2.3 Consentement à communiquer des renseignements personnels

Je consens à ce que les professionnels qui ont évalué et/ou traité le demandeur, parent ou tuteur du demandeur qui a besoin de soins, transmettent les renseignements nécessaires aux personnes qui évalueront son admissibilité.

Nom : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Toutes les demandes complétées sont analysées dans les 45 jours suivant la réception de la demande.

Une réponse sera acheminée par courriel dès qu'une décision aura été prise.

Retournez la demande à [fondation@physioextra.ca](mailto:fondation@physioextra.ca)

# FORMULAIRE DEMANDE DE SOINS



## SECTION 3 - **Doit être complété par un membre du comité de sélection de la Fondation**

### 3.1 Approbation de la Fondation PhysioExtra

Discipline(s) : \_\_\_\_\_  
(physiothérapie, ergothérapie, ostéopathie, kinésiologie, acupuncture)

Nombre de traitement(s) par semaine : \_\_\_\_\_

Nombre de semaines prévues : \_\_\_\_\_

Contribution assumée par la Fondation PhysioExtra : \_\_\_\_\_

Particularités :

J'accepte le plan de traitement ci-haut établi et que celui-ci soit défrayé par la Fondation PhysioExtra. Je ferai le nécessaire dans ma réadaptation pour atteindre les objectifs visés. Toutes absences répétitives ou non-justifiées entraîneront l'annulation de cette demande de soins.

### 3.2 Signatures de l'entente

Nom du bénéficiaire : \_\_\_\_\_

Signature du bénéficiaire ou de son répondant : \_\_\_\_\_

Nom du membre du comité de sélection de la Fondation PhysioExtra : \_\_\_\_\_

Signature du membre du comité de sélection de la Fondation PhysioExtra : \_\_\_\_\_

Je \_\_\_\_\_, soussigné accepte que la Fondation PhysioExtra utilise mes commentaires et mes photos à des fins promotionnelles pour l'entreprise PhysioExtra et/ou la Fondation PhysioExtra.

\_\_\_\_\_  
Signature du bénéficiaire