

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
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.

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.

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 : _____

Nom de famille du répondant (si différent du demandeur) : _____

Prénom du répondant (si différent du demandeur) : _____

Date de naissance du répondant (si différent du demandeur) : _____

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

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

1.4 Consentement à communiquer les 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 l'admissibilité.

Nom : _____ Signature : _____

Courriel : _____ Date : _____

FORMULAIRE DEMANDE DE SOINS



Section 2 – Doit être complété par le professionnel de santé

2.1 Impression clinique (à remplir dans tous les cas)

Nom du thérapeute en charge : _____

Clinique : _____

Date de l'évaluation : _____

Impression clinique : _____

Nombre de traitements reçus antérieurement, si tel est le cas : _____

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

2.2 Analyse et recommandations

Discipline(s) demandée(s) : _____

Objectifs détaillés :

Fréquence des visites : _____

Pour combien de semaines : _____

Nombre total de visites : _____

Votre pronostic :

Autres détails que vous jugez importants :

FORMULAIRE DEMANDE DE SOINS



Section 3 – Doit être complété par un des membres 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 : _____

Nombre de traitements au total : _____

Contribution assumée par la Fondation PhysioExtra : _____

Particularités (si applicable) :

À signer par les deux parties une fois la demande acceptée

3.2 Entente et signatures

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.

Nom du bénéficiaire : _____

Signature du bénéficiaire : _____

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 de la Fondation PhysioExtra.

Signature du bénéficiaire : _____