

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. La personne qui demande les soins doit remplir et signer la section 1 du formulaire de demande de soins, ci-dessous.
2. La personne qui reçoit les soins doit se faire évaluer par un-e professionnel-le de la réadaptation afin d'établir un plan de traitement. Pour ce faire, la personne doit prendre un rendez-vous en appelant directement une de nos cliniques PhysioExtra ou via le site web [physioextra.ca](http://physioextra.ca).
3. Assurez-vous d'avoir en main, lors de votre évaluation, le formulaire avec votre section remplie adéquatement.
4. Une seule demande par trimestre, par clinique, sera considérée jusqu'à nouvel ordre.

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.

Pour les personnes sélectionnées, les frais liés au plan de traitement adapté, sur une période maximale de six mois, sont couverts en totalité. Les frais liés à l'évaluation initiale sont assumés par la personne qui reçoit les soins.

## Section 1 – À compléter par la personne qui demande les soins

### 1.1 Renseignements sur la personne qui demande les soins (écrivez clairement)

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

Date de naissance : \_\_\_\_\_

*Renseignements sur la personne qui reçoit les soins (si différents de la personne qui demande les soins)*

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

Date de naissance : \_\_\_\_\_

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

---

---

### 1.3 Quels sont les impacts sur votre vie personnelle et votre travail ? (précisez votre emploi) :

---

---

---

### 1.4 Décrivez votre situation financière actuelle : \_\_\_\_\_

---

---

Avez-vous une assurance qui couvre les frais liés aux traitements de réadaptation ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous une assurance invalidité ? ☐ oui ☐ non

### 1.5 Consentement et signature

Je consens à ce que mes informations soient transmises aux professionnel·les de la Fondation PhysioExtra et de PhysioExtra. J'accepte le plan de traitement qui sera établi par la Fondation. Je ferai le nécessaire dans ma réadaptation pour atteindre les objectifs visés. Je comprends que toutes absences répétitives entraîneront l'arrêt des soins. J'accepte que la Fondation PhysioExtra utilise mes photos et commentaires à des fins promotionnelles pour le Groupe PhysioExtra et/ou la Fondation PhysioExtra.

\_\_\_\_\_  
Prénom et nom

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Courriel

\_\_\_\_\_  
Date

## Section 2 – À compléter par le ou la professionnel·le de la réadaptation

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

Important : s'assurer que le formulaire d'évaluation se trouve dans le dossier NetClinic du ou de la patient·e

Thérapeute en charge (prénom et nom) : \_\_\_\_\_

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 :

---

---

## Section 3 – À compléter par un·e 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 : \_\_\_\_\_

Nombre de traitements au total : \_\_\_\_\_

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

Particularités (si applicable) :

---

---

---

### Membre du comité de sélection de la Fondation PhysioExtra

\_\_\_\_\_  
Prénom et nom

\_\_\_\_\_  
Signature