

DEMANDE DE PRESTATION POUR MALADIE GRAVE

Déclaration du médecin traitant

Accident vasculaire cérébral

Identification de l'assuré

<p>Nom et _____</p> <p>adresse de _____</p> <p>l'assuré _____</p> <p style="text-align: right;">Code postal _____</p> <p>Tél. : (____) _____</p> <p style="text-align: right;">Résidence</p> <p>Tél. : (____) _____</p> <p style="text-align: right;">Travail</p>	<p>Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/></p> <p>Date de naissance : _____ - _____ - _____</p> <p style="text-align: center;">Année Mois Jour</p> <p>N° de contrat : _____</p> <p>Profession/occupation : _____</p>
<p>J'autorise les médecins et les hôpitaux à fournir tous les renseignements se rapportant à cette demande de prestation. Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.</p>	
<p>_____ Signature du réclamant</p>	<p>_____ Date</p>

Déclaration du médecin traitant (à remplir en lettres majuscules)

1. L'assuré est votre patient depuis :	_____ - _____ - _____
	Année Mois Jour
2. a) Premiers symptômes :	_____ - _____ - _____
	Année Mois Jour
b) Description des premiers symptômes :	_____

3. Première consultation concernant cette maladie :	_____ - _____ - _____
	Année Mois Jour
4. a) Y a-t-il paralysie ou autres déficits neurologiques?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
b) Si oui, quelles sont les séquelles neurologiques :	_____

5. Durée de la paralysie ou du déficit neurologique :	du _____ - _____ - _____ au _____ - _____ - _____
	Année Mois Jour Année Mois Jour
6. Les séquelles neurologiques sont-elles temporaires? <input type="checkbox"/>	permanentes? <input type="checkbox"/>
7. À votre connaissance, y a-t-il eu d'autres consultations et/ou hospitalisations pour les mêmes symptômes, dans les semaines ou les mois précédant le présent accident vasculaire cérébral? Si oui, veuillez préciser.	_____

(verso)

8. a) Est-ce que votre patient fait usage d'une forme quelconque de tabac, de la cigarette, de cigarillo, de cigare, de la pipe, de la marijuana ou d'un substitut comme de la gomme ou un timbre cutané (patch)? Oui Non
- b) Dans l'affirmative, indiquez la quantité par jour : _____
- c) Depuis combien de temps fait-il usage de ces produits? _____
- d) Dans la négative, a-t-il fait usage de l'un de ces produits auparavant? Oui Non
- e) À quelle date a-t-il cessé? _____ - _____ - _____
Année Mois Jour

9. Y a-t-il présence de facteurs de risque d'accident vasculaire cérébral?

	OUI	NON	Depuis quand?			Médication
HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	-	_____	_____
			Année	Mois	Jour	
Tabagisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	-	_____	_____
			Année	Mois	Jour	
Dyslipidémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	-	_____	_____
			Année	Mois	Jour	
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	-	_____	_____
			Année	Mois	Jour	

10. Veuillez nous informer des noms de tout autre médecin consulté ou de tout hôpital où l'assuré a été traité pour cette maladie ou toute autre condition connexe :

Veuillez nous faire connaître toute autre information que vous jugez pertinente à notre étude de cette demande de règlement. Veuillez inclure les copies des rapports de spécialistes ou d'hospitalisation, pour révision par notre directeur médical.

Notre contrat exige que le diagnostic d'une maladie couverte soit posé par un médecin qui n'est pas un parent de l'assuré, ni en relation d'affaires avec cet assuré. Êtes-vous un parent ou en relation d'affaires avec cet assuré?

Oui Non

Signature du médecin traitant

Date

Nom et n° de permis (en lettres majuscules)

Adresse

(LE RÉCLAMANT EST RESPONSABLE DES HONORAIRES REQUIS POUR CE RAPPORT)