

DEMANDE DE PRESTATION POUR MALADIE GRAVE

Déclaration du médecin traitant

Chirurgie de pontage des artères coronaires

Identification de la personne assurée

Nom et _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
adresse de _____	Date de naissance : _____ - _____ - _____ Année Mois Jour
l'assuré _____	N° de contrat : _____
Code postal _____	Profession/occupation : _____
Tél. : (____) _____	
Résidence	
Tél. : (____) _____	
Travail	
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.	
_____ Signature de la personne assurée	_____ Date

Déclaration du médecin traitant (à remplir en lettres majuscules)

1. a) À quelle date votre patient a-t-il présenté des symptômes ou souffert d'une maladie cardiovasculaire pour la première fois? Veuillez fournir des renseignements à cet effet.
 _____ - _____ - _____
 Année Mois Jour
- b) À quelle date votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois à l'égard de ces symptômes? _____ - _____ - _____
 Année Mois Jour
- c) Depuis quand l'assuré est-il votre patient? _____ - _____ - _____
 Année Mois Jour
2. Veuillez fournir les observations relatives à l'angiographie préopératoire ou une copie du rapport.

3. Veuillez fournir une copie du protocole opératoire, le cas échéant, ou donner des renseignements sur le pontage aorto-coronarien :
 - a) Date de l'intervention chirurgicale : _____ - _____ - _____
 Année Mois Jour
 - b) Sur quelles artères le pontage a-t-il été effectué? _____

 - c) Le nom et l'adresse de l'hôpital et le nom du chirurgien cardiovasculaire :

Nom	Adresse	Date de (année, mois, jour)	Date à (année, mois, jour)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

(verso)

Déclaration du médecin traitant (suite)

d) Le nom et l'adresse du cardiologue qui a recommandé le pontage aorto-coronarien :

Nom	Adresse	N° de téléphone (y compris l'indicatif régional)

4. Veuillez décrire, en indiquant les dates, tout état prédisposant ou facteur de risque qu'a présenté votre patient à l'égard d'une maladie cardiovasculaire.

5. Veuillez fournir les noms et adresses des autres médecins qu'a consultés votre patient ou des hôpitaux où il s'est rendu relativement à cet état de santé ou à tout état de santé connexe :

Nom	Adresse	Date de (année, mois, jour)	Date à (année, mois, jour)

6. Le patient a-t-il des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaire ou cérébrovasculaire? Veuillez fournir des renseignements à cet effet.

7. 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

8. Veuillez nous faire connaître toute autre information que vous jugez pertinente à notre étude de cette demande de règlement.

Veillez fournir des copies de tout rapport de spécialiste ou d'hôpital pour les besoins de 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)