

Déclaration du médecin traitant (suite)

6. Y'a-t-il des antécédents familiaux d'une maladie connexe? Veuillez donner des précisions.
- _____
- _____
- _____
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 fournir tout autre renseignement pouvant être utile à l'évaluation de la demande de règlement de votre patient.
- _____
- _____
- _____
9. Veuillez indiquer les noms et adresses des autres médecins consultés ou hôpitaux où votre patient s'est présenté pour ce trouble.
- _____
- _____
- _____

Veuillez fournir une copie de vos notes de consultation, des comptes rendus des spécialistes ou des hôpitaux, des radiographies récentes, des rapports de tests et d'investigations, des données de laboratoire et des résultats cliniques.

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)