

DEMANDE DE PRESTATION POUR MALADIE GRAVE

Déclaration du médecin traitant

Crise cardiaque (infarctus du myocarde)

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 ^o 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 vous a-t-il consulté la première fois pour cette maladie? _____ - _____ - _____
Année Mois Jour

b) Depuis quand l'assuré est-il votre patient? _____ - _____ - _____
Année Mois Jour

2. a) Un diagnostic d'infarctus du myocarde a-t-il été posé? Oui Non

b) Date du diagnostic : _____ - _____ - _____
Année Mois Jour

c) Diagnostic posé par : _____

Veillez nous fournir les noms et adresses des autres médecins consultés ou des hôpitaux où le patient a été admis pour cette maladie : _____

3. Veuillez nous fournir les détails suivants concernant la crise cardiaque de votre patient :

a) Description des douleurs de poitrine : _____

b) Date des premiers symptômes : _____ - _____ - _____
Année Mois Jour

c) Variations électrocardiographiques au moment de la crise ou copies des tracés pertinents : _____

(verso)

Déclaration du médecin traitant (suite)

d) Détails des variations des enzymes/marqueurs myocardiques, au moment de la crise : _____

4. Détails de toute autre investigation (dates et rapports) : _____

Année Mois Jour

5. À quel moment le patient a-t-il eu ses premiers symptômes ou épisodes de maladies cardiovasculaires? (dates et détails)

Année Mois Jour

Année Mois Jour

6. Veuillez décrire tout facteur de risque ou prédisposition aux maladies cardiovasculaires que présentait le patient, incluant les dates.

7. Savez-vous si des membres de la famille du patient ont souffert de cette affection ou d'une affection semblable? Si oui, veuillez donner des détails :

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

Veuillez 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)