

DEMANDE DE PRESTATION POUR MALADIE GRAVE

Déclaration du médecin traitant

Insuffisance rénale

Identification de l'assuré

Nom et _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
adresse de _____	Date de naissance : _____
l'assuré _____	Année Mois Jour
Code postal _____	N° de contrat : _____
Tél. : _____	Profession/occupation : _____
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 du réclamant

Date

Déclaration du médecin traitant (à remplir en lettres majuscules)

1. a) À quelle date votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois pour cet état de santé? _____
Année Mois Jour
- b) Depuis combien de temps l'assuré est-il votre patient? _____
Année Mois Jour
2. a) À quelle date votre patient a-t-il présenté des symptômes ou a-t-il souffert d'une maladie rénale ou d'une fonction rénale altérée pour la première fois? _____
Année Mois Jour
- Veuillez donner des renseignements à cet égard : _____

3. a) Votre patient est-il atteint d'une insuffisance irréversible en phase terminale qui affecte les deux reins?

- b) Quelle est la cause de cette insuffisance rénale?

- c) À quelle date votre patient a-t-il commencé une dialyse? _____
Année Mois Jour
- d) Votre patient reçoit-il une dialyse rénale sur une base régulière? Oui Non
- e) Une greffe du rein a-t-elle été pratiquée ou proposée pour l'avenir? Oui Non
4. Veuillez fournir les résultats des investigations et des examens de laboratoire pertinents.
5. Veuillez décrire, en incluant les dates, tout état prédisposant ou facteur de risque qu'a présenté votre patient à l'égard d'une maladie rénale, par exemple le diabète et l'hypertension

Déclaration du médecin traitant (suite)

6. a) Le patient a-t-il des antécédents familiaux de maladie rénale? Veuillez fournir des renseignements à cet effet.

b) Veuillez fournir des renseignements à l'égard de tous les autres antécédents familiaux importants.

7. Veuillez fournir les noms et adresses des autres médecins qu'a consultés votre patient pour cet état de santé :

Nom de médecin ou d'hôpitaux	Adresse	Date de (année, mois, jour)	Date à (année, mois, jour)

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 fournir tout autre renseignement pouvant être utile à l'évaluation de la demande de règlement de votre patient.

Veillez fournir des copies de tout rapport de spécialiste 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)