

ASSURANCE COLLECTIVE DÉCLARATION DU MÉDECIN EN CAS DE MALADIES GRAVES CHIRURGIE DE L'AORTE ANGIOPLASTIE CORONARIENNE RÉPARATION/REMPACEMENT

COORDONNÉES	DIRECTIVES
Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie Réclamations vie 1900 Albert Street Regina, SK S4P 4K8 Tél. : 1-866-442-3098 Téléc. : 1-866-889-9925	Écrire en lettres moulées de manière lisible et remplir toutes les sections pour éviter tout retard dans le traitement de la demande. La section confidentielle sur les renseignements médicaux doit être remplie par votre spécialiste. Le patient prend à sa charge les frais exigés pour remplir le formulaire. La ou les affections indiquées ci-dessus pourraient ne pas être couvertes par votre police. En conséquence, veuillez consulter votre contrat d'assurance collective pour savoir si l'affection en question est couverte par votre régime. Une fois le formulaire rempli, le bureau de votre médecin doit l'envoyer directement par télécopieur ou par la poste à l'adresse ci-indiquée (document original).

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (À REMPLIR PAR LE PATIENT)

Patient _____ Date de naissance _____
Prénom Initiale Nom de famille JJ/MMM/AAAA

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (À REMPLIR PAR LE MÉDECIN)

1. VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DE VOTRE DOSSIER MÉDICAL, DES RAPPORTS D'EXAMENS (C.-À-D. RÉSULTATS D'ECG OU D'ANGIOGRAPHIE PRÉOPÉRATOIRES), DES DIAGNOSTICS, DES RAPPORTS DE CONSULTATIONS, DES RAPPORTS CHIRURGICAUX OU PATHOLOGIQUES ET DES RÉSUMÉS D'HOSPITALISATIONS.

2. Quel est votre diagnostic pour ce patient?

3. Quel type d'intervention chirurgicale est nécessaire pour ce patient?

4. Y a-t-il eu des symptômes qui ont donné lieu de recommander cette intervention chirurgicale? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez décrire les symptômes, leur gravité et indiquer la date de début des symptômes :

Symptômes	Date de début (JJ/MMM/AAAA)	Gravité

5. Quels tests ou procédures ont été utilisés pour poser le diagnostic avant la chirurgie?

6. Date où l'on vous a consulté pour la première fois pour cette affection _____
JJ/MMM/AAAA

7. Date du diagnostic _____
JJ/MMM/AAAA

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

8. Date où le patient a été informé du diagnostic _____
JJ/MMM/AAAA

9. Quel genre d'intervention chirurgicale a été exécutée et quand? (Par exemple, dans le cas d'un pontage aortocoronarien, veuillez indiquer le nombre de sites et de greffes.)

10. Veuillez préciser le protocole thérapeutique après la chirurgie :

11. Indiquez l'adresse de l'hôpital où l'intervention chirurgicale a eu lieu, le nom du chirurgien, de même que celui des autres consultants intervenus dans le traitement du patient :

12. À votre connaissance, le patient a-t-il des antécédents d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie, de douleurs à la poitrine, de diabète ou d'autres signes précurseurs d'une maladie cardiaque? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser et indiquer les dates :

13. Y a-t-il des antécédents d'affections similaires dans la famille du patient? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez :

14. Parmi les habitudes du patient ou ses antécédents médicaux (personnels ou familiaux), quels facteurs auraient pu augmenter le risque de son affection ou y contribuer?

15. Le patient fait-il usage ou a-t-il déjà fait usage d'un des produits suivants : tabac sous une forme quelconque, marijuana, produits à la nicotine ou substituts de nicotine (par « produits à la nicotine », on entend cigarette, cigarillo, cigare, pipe, tabac à chiquer, tabac à priser, gomme ou timbre à la nicotine ou tout autre produit à la nicotine)? Oui Non

Si oui, de quel(s) produit(s) s'agit-il? _____

Nombre ou quantité consommée par jour : _____ Date de la dernière consommation : _____
JJ/MMM/AAAA

16. Veuillez indiquer les nom et adresse de tous les médecins consultants, spécialistes ou hôpitaux vers lesquels le patient a été dirigé ou qui l'ont traité pour son affection :
