

Assurance collective Déclaration du médecin traitant

- **Demande de prestations d'invalidité de longue durée**
- **Demande d'exonération des primes des garanties suivantes :**
 - **Assurance vie de base ou facultative**
 - **Décès et mutilation accidentels**
 - **Rente de survie**
 - **Maladies graves**

Un formulaire incomplet peut retarder l'étude de la demande de règlement de votre patient.

Étude de la demande

Pour déterminer si votre patient a droit à des prestations d'invalidité, nous lui demandons, ainsi qu'au promoteur de régime et à vous-même, de nous fournir des renseignements afin de comparer les restrictions et les limitations du patient aux exigences de l'emploi.

Si les formulaires fournis sont incomplets, nous serons malheureusement dans l'impossibilité de prendre une décision à l'égard de la demande du patient.

Autorisation du patient

Votre patient est tenu de remplir, de signer et de dater la section Autorisation du patient dans la partie supérieure de la page 2 avant que le formulaire puisse être envoyé à Manuvie.

Ce que vous devez faire

- Répondre à toutes les questions pertinentes en lettres moulées.
 - Fournir copie des rapports de consultation, d'évolution et d'examen diagnostiques.
-

Paiement des honoraires

Les honoraires demandés pour remplir le présent formulaire et rédiger les documents qui l'accompagnent sont à la charge du patient.

Envoi du formulaire

Vous pouvez remettre le formulaire dûment rempli à votre patient ou l'envoyer directement à Manuvie, à l'adresse figurant ci-dessous.

Assurance collective Manuvie
Règlements Invalidité
C.P. 400, succ. Place-d'Armes
Montréal (Québec) H2Y 3H1
Tél. : 1 866 236-6313 ou 514 288-6268
Télec. : 1 866 292-9050 ou 514 286-6738
Courriel: groupe_invalidite@manuvie.ca

Déclaration du médecin traitant

Assurance collective

Demande de prestations d'invalidité

1 Autorisation du patient

À être remplie par le patient.

Nom et prénom	N° de contrat	N° de certificat du participant
<p>J'autorise par la présente que soient communiqués à Manuvie tous les renseignements médicaux figurant dans mon dossier, incluant, mais sans s'y limiter, copie des rapports de consultation, des notes cliniques, des résultats de tests et des dossiers d'hospitalisation, aux fins de l'administration du régime et de l'évaluation de ma demande de prestations. Il est entendu que tous les honoraires exigés pour la rédaction de la présente déclaration sont à ma charge.</p>		
Signature du patient		Date (jj/mmmm/aaaa)

2 Déclaration du médecin traitant

Diagnostic

- a) Diagnostic principal
- b) Autres diagnostics ou complications
- c) S'il s'agit d'un trouble psychiatrique, veuillez indiquer le score EGF.
- d) S'il s'agit d'un trouble cardiaque, veuillez indiquer la capacité fonctionnelle selon la classification de l'American Heart Association.

Score EGF
<input type="radio"/> Classe I (aucune limitation) <input type="radio"/> Classe II (légère limitation) <input type="radio"/> Classe III (limitation marquée) <input type="radio"/> Classe IV (limitation complète)

3 Renseignements cliniques

Veuillez noter que nous avons besoin de votre aide pour déterminer les capacités fonctionnelles de votre patient. Veuillez nous fournir copie des notes d'évolution et des résultats de tests (excluant les tests génétiques) corroborant votre diagnostic et les capacités fonctionnelles de votre patient.

- a) À quelle date les premiers symptômes sont-ils apparus ou l'accident est-il survenu?
- b) Depuis quand votre patient souffre-t-il de cette affection?
- c) L'affection est-elle attribuable à
- d) Quelles sont les dates de la première et de la dernière visite, et quelle est la fréquence des visites?
- e) Quels sont les **symptômes** subjectifs du patient?
- f) Comment les **symptômes** ont-ils évolué à ce jour? (Veuillez indiquer la fréquence et la gravité.)

(jj/mmmm/aaaa)	
(jj/mmmm/aaaa)	
<input type="radio"/> une blessure <input type="radio"/> un accident de travail <input type="radio"/> un accident d'automobile <input type="radio"/> Autre (précisez) <input type="radio"/> une maladie	
Première visite (jj/mmmm/aaaa)	Dernière visite (jj/mmmm/aaaa)
Fréquence des visites	
<input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Tous les 15 jours <input type="radio"/> Mensuelle <input type="radio"/> Autre (précisez)	

g) Quelles ont été vos premières **constatations cliniques**?

h) Quelles sont vos dernières **constatations cliniques**?

i) **Restrictions et limitations**

(i) Veuillez nous faire part de vos commentaires sur les limitations physiques découlant de cette affection, notamment par rapport aux activités suivantes : soulever des objets, marcher, se tenir debout, s'agenouiller, s'asseoir, effectuer des mouvements répétitifs, transporter des objets et ainsi de suite.

(ii) Veuillez indiquer les limitations cognitives ou mentales découlant de cette affection, notamment par rapport à ce qui suit : compréhension et mémoire, concentration soutenue, interaction sociale, capacité de travailler en respectant des échéances, capacité de s'adapter aux changements et ainsi de suite.

j) Votre patient est-il

- ambulatoire? alité? hospitalisé?
 ambulatoire en utilisant des aides fonctionnelles? obligé de rester chez lui?

k) Quels sont la taille et le poids actuels de votre patient, et sa main dominante?

Taille actuelle	Poids actuel	Main dominante <input type="radio"/> Gauche <input type="radio"/> Droite
-----------------	--------------	---

l) **Si** le patient est hypertendu, veuillez indiquer les trois dernières mesures de sa tension artérielle.

Mesure	Date (jj/mmmm/aaaa)
Mesure	Date (jj/mmmm/aaaa)
Mesure	Date (jj/mmmm/aaaa)

m) **Si** le patient souffre d'un trouble visuel, veuillez indiquer l'acuité visuelle et la date du dernier examen.

Avec des verres correcteurs OD OS	Sans verres correcteurs OD OS	Date du dernier examen (jj/mmmm/aaaa)
--------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------

n) **Si** la patiente est enceinte, donnez la date présumée de l'accouchement.

Date présumée de l'accouchement (jj/mmmm/aaaa)
--

4 Traitement

a) Nom de tous les autres médecins ou professionnels de la santé traitants/consultés

NOM DU PRATICIEN	TYPE DE PRATICIEN	VU OU SERA VU LE (jj/mmmm/aaaa)

b) Médicaments actuels

NOM	POSOLOGIE	DURÉE	DÉBUT DU TRAITEMENT (jj/mmmm/aaaa)	RÉPONSE

c) Autres formes de traitement ou de thérapie

TYPE	DURÉE	DÉBUT DU TRAITEMENT (jj/mmmm/aaaa)	RÉPONSE

d) Hospitalisations

DATE DE L'ADMISSION (jj/mmmm/aaaa)	DATE DU CONGÉ (jj/mmmm/aaaa)	ÉTABLISSEMENT	RAISON (Date de la chirurgie, s'il y a lieu)

e) Réponse au traitement

<input type="radio"/> Rétablissement <input type="radio"/> Amélioration <input type="radio"/> Aucun changement <input type="radio"/> Régression	Commentaires <hr/> <hr/>
--	-----------------------------

f) Votre patient suit-il le traitement recommandé?

Oui Non **Si non, veuillez fournir des précisions.**

g) Précisions sur tout changement proposé au traitement, y compris à la date de la chirurgie (si elle est connue), aux examens, aux médicaments, à la thérapie

5 Capacité

Croyez-vous que votre patient a la capacité d'endosser des chèques et de donner des directives sur leur affectation?

Oui Non

Si non, depuis quand?

Date (jj/mmmm/aaaa)

--

6 Restriction relative aux permis

Le permis de conduire de votre patient ou tout permis nécessaire pour exercer sa profession ont-ils été restreints ou annulés en raison de l'affection actuelle?

Oui Non

Restriction Suspension Annulation

Date (jj/mmmm/aaaa)

Type de permis

Catégorie de permis (le cas échéant)

Si oui, quand votre patient pourra-t-il demander la remise en vigueur du permis?

Date (jj/mmmm/aaaa)

--

7 Remarques

Veuillez inclure tous commentaires ou renseignements qui, d'après vous, pourraient nous aider à comprendre les restrictions et les limitations du patient; les capacités fonctionnelles; la durée prévue de l'affection, etc.

Nom du médecin traitant (écrire en lettres moulées)

Spécialité

Téléphone (y compris l'indicatif régional)

Télécopieur (y compris l'indicatif régional)

Adresse (numéro, rue, bureau)

Ville

Province

Code postal

Signature

Date (jj/mmmm/aaaa)

--

Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité auquel pourraient avoir accès le patient ou les tiers qui en ont reçu la permission, ou qui sont dûment autorisés par la loi. En fournissant ces renseignements, vous consentez à ce que l'information figurant dans la présente soit divulguée.