

**DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT  
DEMANDE DE RÈGLEMENT – ASSURANCE-ACCIDENT**

SPORT PEI – POLICY #6300005

Nom et adresse du patient		ÂGE
<b>1 A</b> Diagnostic et état concomitant (en cas de fracture ou de luxation, indiquez-en la nature et l'emplacement).		
<b>B</b> L'état du patient est-il dû à une blessure ou à une maladie découlant de son emploi? Si "Oui" expliquez	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>2 A</b> Quand les premiers symptômes ont-ils apparus ou l'accident est-il survenu?	Date _____	Année: _____
<b>B</b> Quand le patient vous a-t-il consulté pour la première fois au sujet de son état actuel?	Date _____	Année: _____
<b>C</b> Le patient a-t-il jamais présenté le même état ou un état semblable? Si "Oui" donnez-en la date et la description	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>3 A</b> S'il y a eu intervention chirurgicale ou obstétricale, donnez tous les détails.	Date de l'intervention _____ Année: _____	
<b>B</b> Montant imputé au patient pour une telle intervention y compris les soins postopératoires.	\$ _____	
<b>C</b> Si elle a eu lieu à l'hôpital, donnez le nom de l'hôpital.	_____ à l'hôpital <input type="checkbox"/> à la clinique externe <input type="checkbox"/>	
<b>4</b> S'il y a eu d'autres traitements médicaux (non chirurgicaux), donnez-en les dates.	au cabinet _____ au domicile _____ à l'hôpital _____ à la maison de convalescences _____	
<b>5</b> Si vous avez fourni d'autres services au patient, donnez-en les détails, les dates et les honoraires.		
<b>6</b> Le patient a-t-il eu besoin de soins privés d'une infirmière diplômée?		
<b>7</b> Le patient est-il encore sous vos bons soins pour cet état? Sinon, donnez la date à laquelle vos services ont été terminés.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Date _____ Année: _____
<b>8 A</b> Quelle a été ou sera la durée de l'invalidité totale et continue du patient? (Son incapacité de travailler?).	À partir du _____ année:_____ au _____ année:_____	
<b>B</b> Quelle a été ou sera la durée de son incapacité partielle?	À partir du _____ année:_____ au _____ année:_____	
<b>C</b> Si le patient a dû garder le lit, donnez-en les dates	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> À partir du _____ année:_____ au _____ année:_____
<b>9</b> Savez-vous si le patient est couvert par une autre assurance-maladie? Si "Oui" veuillez l'identifier.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

**REMARQUES**

DATE	SIGNATURE DU MÉDECIN TRAITANT	GRADE	TÉLÉPHONE
ADRESSE	VILLE OU MUNICIPALITÉ	PROVINCE	CODE POSTAL