

Déclaration du médecin traitant Assurance collective

Demande de prestations d'invalidité de courte durée

Veillez avoir l'obligance, dans l'intérêt de votre patient, de remplir le présent formulaire le plus tôt possible afin d'éviter tout retard dans le traitement de la demande de prestations.

Veillez conserver une copie pour vos dossiers.

Faites parvenir le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

1 Renseignements sur le participant/salarié et consentement (à remplir par le patient)			
Nom du participant/salarié (nom de famille et prénom)		Téléphone (domicile) () ()	Cellulaire () ()
Adresse (numéro, rue, app.)		Ville	Province Code postal
Nom du promoteur de régime		Numéro du contrat	Numéro de certificat du participant
Taille	Poids	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	
Dernier jour de travail (jj/mmmm/aaaa)		Date du retour au travail ou date prévue du retour au travail (jj/mmmm/aaaa)	
J'autorise par la présente la communication à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (la Financière Manuvie) de tous les renseignements médicaux figurant dans mon dossier pour l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité et pour l'administration du régime. Les renseignements médicaux comprennent, sans toutefois s'y limiter, copie de tous les rapports de consultation, notes cliniques, résultats de tests et dossiers d'hospitalisation. Il est entendu que je peux révoquer mon consentement en tout temps, mais que sans celui-ci ma demande de prestations ne peut être évaluée. Il est entendu que tous les honoraires exigés pour remplir la présente déclaration sont à ma charge.			
Signature du participant/salarié		Date (jj/mmmm/aaaa)	
2 Déclaration du médecin traitant			
	AU MÉDECIN : • Si votre patient est de retour au travail ou le sera dans les 4 semaines suivant la date de son <i>dernier jour de travail</i> , veuillez remplir la section 2 seulement et apposer votre signature à la fin du formulaire. • Pour les absences risquant de durer plus de 4 semaines, veuillez remplir toutes les sections au complet.		
	Diagnostic Diagnostic primaire : _____ Diagnostic secondaire : _____		
S'il s'agit d'un accouchement – Date prévue ou réelle : _____ Voie vaginale <input type="checkbox"/> Césarienne <input type="checkbox"/>			
Maladie professionnelle ou accident du travail L'affection est-elle attribuable au travail? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Date de la première consultation pour cette affection (jj/mmmm/aaaa)		Date du premier jour d'absence du travail en raison de l'affection (jj/mmmm/aaaa)	
Hospitalisation Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé? <input type="checkbox"/> ou a-t-il subi une intervention de chirurgie ambulatoire? <input type="checkbox"/>			
Nom de l'établissement : _____		Date d'admission (jj/mmmm/aaaa) : _____ Date de sortie (jj/mmmm/aaaa) : _____	
Si le patient a subi une intervention chirurgicale, veuillez en indiquer la date et en donner une description. Date (jj/mmmm/aaaa) : _____ Description : _____			
Traitement (médicament, posologie, physiothérapie, autre)			
Pronostic Veuillez indiquer le pronostic de rétablissement.			

3 Suite de la déclaration du médecin traitant – Si l'absence risque de se prolonger au-delà de 4 semainesLe patient a-t-il déjà été traité pour la même affection? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser la date (jj/mmmm/aaaa)

Veuillez décrire les symptômes actuels, leur gravité et leur fréquence.

Fréquence des consultations : Hebdomadaire Mensuelle Autre _____**Veuillez joindre à la présente une copie de tous les documents pertinents :**

- résultats de tests/rapports d'examens (si aucun résultat de test n'est fourni, nous présumerons qu'aucun test n'a été effectué)
- rapports de consultation

Si aucun rapport de consultation n'est joint à la présente, veuillez indiquer si votre patient a consulté ou consultera un spécialiste relativement à l'affection.

Nom du spécialiste _____ Spécialité _____ Date de la consultation _____

À la lumière de vos constatations et de vos observations cliniques, veuillez décrire les restrictions et limitations d'ordre cognitif et/ou physique s'appliquant actuellement à votre patient.

Veuillez nous faire part de toute complication ou de toute autre affection influant sur la capacité fonctionnelle de votre patient ou sur la durée prévue de son rétablissement.

À votre connaissance, le patient suit-il le programme de traitement recommandé? Oui Non Croyez-vous que votre patient est en mesure de gérer ses propres affaires? Oui Non **Pronostic** Veuillez indiquer le pronostic de rétablissement (sauf s'il est déjà indiqué à la section 2).**4 Attestation et consentement du médecin**

Je reconnais que les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans le dossier d'assurance invalidité de la Financière Manuvie auquel pourraient avoir accès le patient ou des tiers qui en ont reçu la permission ou qui y sont autorisés par la loi. En fournissant ces renseignements, je consens à ce qu'ils soient communiqués tels quels.

Médecin traitant (en caractères d'imprimerie)	Spécialiste agréé	Tampon du médecin	
Adresse (numéro, rue, bureau)			
Ville	Province		Code postal
Téléphone ()	Télécopieur ()		
Signature			Date (jj/mmmm/aaaa)

REMARQUE : LES HONORAIRES EXIGÉS POUR REMPLIR LA PRÉSENTE DÉCLARATION SONT À LA CHARGE DU PATIENT.