L'Union-Vie
Compagnie mutuelle d'assurance
MUTUELLE

142, HÉRIOT, C.P. 696 DRUMMONDVILLE (QUÉBEC) J2B 6W9
RÉCLAMATIONS : 1 877 567-0988 TÉLÉCOPIEUR : (819) 474-1990

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

RACQ

Maladies à caractère physique

N.B. Pour les maladies à caractère psychologique, remplir le formulaire au verso.

Demande initiale

Section à remplir par la personne assurée

❶ Nom : _____ ❷ Prénom : _____

❸ N° de contrat : N° de groupe ou de police | N° de certificat ❹ Numéro d'assurance sociale : _____

❺ Date de naissance : A A A A M M J J

Déclaration du médecin traitant (À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)

1. Diagnostic

1.1 Principal : _____

1.2 Secondaire : _____

1.3 Complications : _____

1.4 Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou les symptômes associés dont font état le ou les diagnostics :

a)reçu des traitements médicaux ☐ b) consulté un autre médecin ☐ c) pris des médicaments ☐ d) été hospitalisé ☐ e) subi des examens ☐

Précisez les périodes : _____

1.5 L'incapacité est-elle reliée à : un accident ☐ une maladie ☐ un accident du travail ☐ un accident d'automobile ☐

Date de l'événement : A A A A M M J J

une grossesse Non ☐ Oui ☐

un retrait préventif Non ☐ Oui ☐ Date prévue de l'accouchement : A A A A M M J J

1.6 Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles.

Au début de l'invalidité A A A A M M J J	Actuellement

2. Traitement

2.1 Médicaments – nom – posologie _____

2.2 Le patient a-t-il subi ou subira t-il :

a) des examens ou tests Non ☐ Oui ☐ Précisez : _____

b) une opération Non ☐ Oui ☐ d'un jour ☐ Type _____

Intervention chirurgicale : _____ → Date : A A A A M M J J

c) d'autres traitements ? Non ☐ Oui ☐ Précisez : _____

d) une hospitalisation : du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____

e) un court séjour en observation (nombre d'heures) : _____

3. Suivi et pronostic

3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : A A A A M M J J Prochaine consultation : A A A A M M J J

3.2 Autres dates de consultation : _____ fréquence du suivi : _____

3.3 Orientation vers un autre médecin : Non ☐ Oui ☐ Nom du médecin : _____

Spécialité : _____

3.4 Durée approximative de l'incapacité : _____ Nb de jours _____ Nb de semaines Indéterminée ☐

3.5 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail ? _____ Nb de jours _____ Nb de semaines

à temps partiel ☐ à temps plein ☐ retour progressif ☐ Précisez : _____

4. Questions spécifiques au contrat

4.1 Au cours des cinq dernières années, le patient a-t-il consulté ou été traité par un médecin ou autre praticien, ou pris des médicaments prescrits par un médecin pour l'une ou l'autre des maladies ou affectations suivantes : cancer ou tumeur, diabète, hypertension artérielle, maladie de Crohn, colite ulcéreuse, maladies du coeur ou troubles des vaisseaux sanguins, toxicomanie ou alcoolisme, troubles nerveux ou mentaux, troubles pulmonaires, troubles rénaux ou urinaires, troubles cérébraux ou neurologiques, troubles reliés à la colonne vertébrale, maladies reliées au SIDA, ou subi une épreuve démontrant la présence d'anticorps au virus V.I.H.?

Non ☐ Oui ☐ **Si oui**, veuillez fournir les renseignements suivants :

Maladies	Dates	Résultats	Périodes d'hospitalisation	Quand le patient a-t-il été informé de sa maladie?

5. Identification du médecin

5.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : _____

5.2 N° de permis d'exercer : _____ Télécopieur : _____

Omnipraticien ☐ Spécialiste ☐ Précisez : _____

Signature : _____ Date : A A A A M M J J

573 (11-12)

NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE, S'IL Y EN A, SONT ASSUMÉS PAR LA PERSONNE ASSURÉE

L'Union-Vie
Compagnie mutuelle d'assurance
MUTUELLE

142, HÉRIOT, C.P. 696 DRUMMONDVILLE (QUÉBEC) J2B 6W9
RÉCLAMATIONS : 1 877 567-0988 TÉLÉCOPIEUR : (819) 474-1990

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

RACQ

Maladies à caractère psychologique

N.B. Pour les maladies à caractère physique, remplir le formulaire au verso.

Demande initiale

Section à remplir par la personne assurée

❶ Nom : _____ ❷ Prénom : _____

❸ N° de contrat : N° de groupe ou de police | N° de certificat ❹ Numéro d'assurance sociale : _____

❺ Date de naissance : A A A A M M J J

Déclaration du médecin traitant (À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)

1. Diagnostic

1.1 Principal : _____

1.2 Secondaire : _____

1.3 Symptômes actuels : _____

1.4 Degré de gravité de l'ensemble des symptômes : Léger ☐ Moyen ☐ Intense ☐ avec éléments psychotiques ☐

1.5 Est-ce que l'arrêt de travail résulte de difficultés liées :

☐ à la vie conjugale/familiale ☐ à la perte d'un emploi ou à une mise à pied ☐ problèmes professionnels

☐ à des problèmes personnels ou interpersonnels ☐ à la consommation abusive d'alcool ou de drogues et (ou) problèmes au jeu

☐ autres, précisez : _____

1.6 Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou les symptômes associés dont font état les diagnostics :

a)reçu des traitements médicaux ☐ b) consulté un autre médecin ☐ c) pris des médicaments ☐ d) été hospitalisé ☐ e) subi des examens ☐

Précisez la date des épisodes antérieurs : _____

2. Traitement

2.1 Médicaments – nom – posologie : _____

2.2 Le patient consulte-t-il un psychiatre ? Non ☐ Oui ☐ un travailleur social ? Non ☐ Oui ☐

un psychologue ? Non ☐ Oui ☐ un autre intervenant de la santé ? Non ☐ Oui ☐

Si oui, nom de l'intervenant consulté : _____

2.3 Hospitalisation : du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____

3. Suivi et pronostic

3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : A A A A M M J J Prochaine consultation : A A A A M M J J

3.2 Autres dates de consultations : _____

3.3 Fréquence du suivi : _____

3.4 Le patient sera-t-il adressé à un psychiatre ? Non ☐ Oui ☐ Nom du médecin : _____

3.5 Durée approximative de l'incapacité : _____ Nb de jours _____ Nb de semaines Indéterminée ☐

3.6 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail ? _____ jours _____ semaines

à temps partiel ☐ à temps plein ☐ retour progressif ☐ Précisez : _____

4. Questions spécifiques au contrat

4.1 Au cours des cinq dernières années, le patient a-t-il consulté ou été traité par un médecin ou autre praticien, ou pris des médicaments prescrits par un médecin pour l'une ou l'autre des maladies ou affectations suivantes : cancer ou tumeur, diabète, hypertension artérielle, maladie de Crohn, colite ulcéreuse, maladies du coeur ou troubles des vaisseaux sanguins, toxicomanie ou alcoolisme, troubles nerveux ou mentaux, troubles pulmonaires, troubles rénaux ou urinaires, troubles cérébraux ou neurologiques, troubles reliés à la colonne vertébrale, maladies reliées au SIDA, ou subi une épreuve démontrant la présence d'anticorps au virus V.I.H.?

Non ☐ Oui ☐ **Si oui**, veuillez fournir les renseignements suivants :

Maladies	Dates	Résultats	Périodes d'hospitalisation	Quand le patient a-t-il été informé de sa maladie?

5. Identification du médecin

5.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : _____

5.2 N° de permis d'exercer : _____ Télécopieur : _____

Omnipraticien ☐ Spécialiste ☐ Précisez : _____

Signature : _____ Date : A A A A M M J J

573 (11-12)

NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE, S'IL Y EN A, SONT ASSUMÉS PAR LA PERSONNE ASSURÉE