

# Demande de règlement pour maladie grave Perte de la parole

## Déclaration confidentielle du médecin



Assurances

### RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom : \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom Initiale

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Police(s) no(s) : \_\_\_\_\_  
(JJ/MM/AAAA)

Demande(s) de règlement no(s) : \_\_\_\_\_

#### Ce que nous demandons et pourquoi

Votre patient a présenté une demande de prestations en vertu d'une police établie par la **Compagnie d'assurance vie RBC, ainsi que ses réassureurs participants** et son admissibilité aux prestations sera évaluée d'après son état médical. Comme vous pouvez imaginer, les renseignements que vous nous fournissez sont essentiels à notre évaluation. Nous sollicitons votre collaboration afin de nous fournir des renseignements appropriés.

Nous vous demandons de remplir la déclaration du médecin de la façon la plus complète possible. Soyez assuré que les renseignements demandés, y compris les rapports médicaux, sont nécessaires au processus décisionnel en ce qui a trait à la demande de règlement de votre patient et seront traités sous le sceau de la confidentialité.

**Nous vous demandons une copie du dossier complet de ce patient, notamment, des consultations auprès des spécialistes. Nous sommes prêts à vous verser des honoraires de 50,00 \$ en remboursement le coût pour préparer l'information.** Si ce montant est insuffisant en raison de la taille du dossier du patient, demandez à un membre de votre personnel de communiquer avec nous au 416 643-4700 ou au numéro sans frais 1 877 519-9501. **Veillez toutefois noter que les honoraires pour faire remplir le formulaire sont à la charge du patient.**

Nous vous remercions à l'avance de votre collaboration.

### DIAGNOSTIC

1. a) Veuillez indiquer la date à laquelle le patient vous a consulté la première fois pour la perte de la parole : \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

b) Depuis combien de temps soignez-vous ce patient ? \_\_\_\_\_

2. À quelle date votre patient a-t-il souffert de symptômes pour la première fois ou a-t-il pris connaissance de la perte de la parole ?

Veillez donner la date et tous les détails :

---

---

3. a) Veuillez donner des détails sur la blessure ou la maladie ayant causé la perte de la parole, ainsi que les dates :

---

---

b) La perte de la parole est-elle permanente et irréversible ? \_\_\_\_\_

c) Veuillez décrire le niveau et le type de perte de la parole :

---

---

4. Y a-t-il eu des complications neurologiques ou psychologiques reliées, dont l'aphonie hystérique ?

---

---

5. Veuillez indiquer la durée et la fréquence des sessions d'orthophonie, le cas échéant :

---

---

6. Y a-t-il eu une amélioration des fonctions de la parole du patient depuis l'apparition de l'affection ?

\_\_\_\_\_

7. Quelles investigations ou tests ont été effectués afin de vérifier le diagnostic de perte permanente de la parole ?

\_\_\_\_\_

8. Le patient a-t-il déjà souffert d'épisodes de perte de la parole ou d'affection l'ayant entraîné ou y étant reliée ?

\_\_\_\_\_

9. Veuillez fournir les nom et adresse des autres médecins ou orthophonistes consultés ou hôpitaux où le patient a été traité pour cette affection :

Médecin/Hôpital	Adresse et n° de téléphone	Dates des visites (JJ/MM/AAAA)

10. Veuillez donner des détails sur tout antécédent familial important :

\_\_\_\_\_

11. a) Veuillez indiquer en détail si le patient fait ou a fait usage du tabac, y compris la quantité quotidienne et la dernière date d'utilisation :

\_\_\_\_\_

b) Veuillez indiquer en détail si le patient fait ou a fait usage de tout produit de désaccoutumance au tabac, y compris la quantité quotidienne et la dernière date d'utilisation :

\_\_\_\_\_

12. Veuillez fournir tout autre renseignement que vous croyez pertinent à l'évaluation de la demande de règlement du patient :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Notre contrat exige qu'une maladie assurée soit diagnostiquée par un médecin qui n'a aucun lien de parenté ou aucune relation d'affaires avec la personne assurée. Avez-vous des liens de parenté ou des relations d'affaires avec la personne assurée ? Oui  Non

## SIGNATURE

Signature \_\_\_\_\_

Date (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Diplôme et spécialité \_\_\_\_\_

Nom du médecin \_\_\_\_\_  Soins primaires  Conseiller

Adresse \_\_\_\_\_  
(Rue / Ville / Province / Code postal)

Adresse de courrier électronique \_\_\_\_\_

N° de téléphone \_\_\_\_\_ N° de télécopieur \_\_\_\_\_

**Envoyer la formule dûment remplie et les documents par courriel à nos bureaux : [intake@rbc.com](mailto:intake@rbc.com)**

Vous pouvez également envoyer les renseignements par télécopieur au : Compagnie d'assurance vie RBC,  
Service des règlements, Assurances de personnes, 1 800 714-8861.

Si vous avez des questions, appelez-nous au 416 643-4700 ou au numéro sans frais 1 877 519-9501.  
Compagnie d'assurance vie RBC, Service des règlements, Assurances de personnes, C.P. 4435, succursale A, Toronto (Ontario) M5W 5Y8  
[www.rbcassurances.com](http://www.rbcassurances.com)

® / MC Marque(s) de commerce de Banque Royale du Canada, utilisée(s) sous licence.