



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. Veuillez indiquer la date à laquelle le patient vous a consulté la première fois pour des symptômes ayant donné lieu à votre diagnostic de maladie de Parkinson et, à ce moment-là, depuis combien de temps la déficience était présente :

2. a) Quand le patient s'est-il vu posé un diagnostic ferme de maladie de Parkinson idiopathique et par qui ?

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

3. Le patient a-t-il déjà souffert d'épisodes de cette affection ou de toute affection entraînant celle-ci ou y étant reliée ? Veuillez donner des détails :

4. Veuillez donner des détails sur le diagnostic :

5. Veuillez donner des détails, y compris les dates, sur l'étendue de la déficience neurologique. Ces anomalies ont-elles été continuellement présentes ?

6. a) La maladie de Parkinson découle-t-elle d'un traitement pour une autre maladie ou est-elle associée à une autre maladie (c.-à-d. athérosclérose, paralysie supranucléaire) ? Oui Non

Si «Oui», veuillez donner des détails :

b) Les caractéristiques de la maladie de Parkinson se sont-elles produites suite aux effets secondaires d'une pharmacothérapie prescrite ou suite à l'usage de drogues illicites ? Oui Non

Si «Oui», veuillez donner des détails :

7. Veuillez donner des détails sur toute investigation effectuée :

8. Veuillez donner des détails sur le traitement actuel :

9. Veuillez fournir les nom et adresse des autres médecins 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. a) Y a-t-il des antécédents familiaux de maladie de Parkinson ? Veuillez donner des détails :

b) Veuillez donner des détails sur tout autre 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

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