

CERTIFICAT MÉDICAL

ATTESTATION DU MÉDECIN TRAITANT

Le médecin traitant doit remplir l'attestation en entier lors de la consultation en clinique, en cabinet, en clinique externe ou en urgence de courte durée.

Nom du (de la) patient(e):

Numéro de demande/police:

Docteur : Votre attestation établira la validité de la demande d'indemnité. Veuillez la remplir en entier. S'applique aux personnes dont les troubles de santé sont à l'origine de l'annulation.

Les champs marqués d'un symbole ❖ ne doivent être complétés que si le patient est le demandeur, son conjoint, ou son enfant à charge.

1. Cette condition était-elle un problème de santé d'urgence? Oui Non

❖2. Diagnostic ou raison médicale causant l'annulation ou l'interruption du voyage:

3. À quelle date le patient s'est-il présenté à vous ou à tout autre médecin en raison des symptômes de cette affection ? (examen physique ou clinique)

❖4. Si le patient a été vu en consultations de suivi, veuillez joindre les notes cliniques pour toutes les dates de suivi consignées ci-dessous:

Date(s) de Suivi MM/DD/YY: 1. 3.
2. 4.

5. Si elle est connue, indiquez la date à laquelle le diagnostic a été posé?

❖6. Est-ce que le patient prend des médicaments prescrits pour cette affection Yes No

❖Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails (si nécessaire, joignez une liste):

Nom du médicament	Date de la 1re prescription	Date de modification de la prescription

7. Si l'affection est liée à des complications de la grossesse, quelle était la date prévue pour l'accouchement ?

*Tout commentaire/supplémentaire:

Signature du médecin traitant:

Date:

Adresse:

Ville:

Province:

Pays:

Code Postal:

Téléphone:

Fax:

TIMBRE DU MÉDECIN
TRAITANT OU JOINDRE
PAPIER À EN-TÊTE OU
FEUILLE D'ORDONNANC

Les frais facturés pour l'établissement de ce certificat médical sont à la charge de l'assuré. Pour toute demande, veuillez appeler notre service à la clientèle au 1-800-263-8944.