

ATTESTATION DU MÉDECIN TRAITANT

Le médecin autorisé qui a traité le patient pour la maladie ou la blessure qui justifie la présente demande de règlement doit remplir le présent certificat médical en entier lors de la consultation en clinique, en cabinet, en clinique externe ou en urgence de courte durée. Les frais pour remplir ce formulaire sont à la charge de l'assuré.

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

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____
jj / mm / aaaa

Lien avec l'assuré : _____

Adresse du patient : _____

Nom de l'assuré : _____ No de police : _____

Diagnosics ou états de santé qui justifient la demande de règlement (Par ordre d'importance) :

1. _____

2. _____

3. _____

Date à laquelle les symptômes se sont manifestés pour la première fois : _____
jj / mm / aaaa

Date de la première consultation : _____ Date à laquelle l'état de santé a été diagnostiqué : _____
jj / mm / aaaa jj / mm / aaaa

S'agit-il d'une nouvelle affection? Oui Non

Si non, quand cette affection a-t-elle été diagnostiquée pour la première fois? _____
jj / mm / aaaa

Le patient a-t-il reçu un traitement ou des conseils pour cette affection au cours de la dernière année? Oui Non

Si "Oui", précisez toutes les dates : _____

Le patient prend-t-il des médicaments pour cette affection? Oui Non

Si "Oui", précisez lesquels : _____

Quand les médicaments ont-ils été modifiés pour la dernière fois? _____
jj / mm / aaaa

Pourquoi? _____

Quand les médicaments ont-ils été prescrits pour la première fois? _____
jj / mm / aaaa

Êtes-vous le médecin de famille du patient? Oui Non

Si non, veuillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du médecin de famille du patient :

Nom : _____

Adresse et no de téléphone : _____

Si le patient vous a été référé par un autre médecin, précisez le nom et le numéro de téléphone du médecin :

Le patient vous a-t-il fait part de ses projets de voyage? Oui Non Précisez quand : _____
jj / mm / aaaa

Le patient a-t-il obtenu votre approbation pour le voyage? Oui Non

Si l'affection est attribuable à une grossesse, précisez la date prévue de l'accouchement : _____
jj / mm / aaaa

Si l'affection est attribuable à un accident, précisez la date de celui-ci : _____
jj / mm / aaaa

L'affection a-t-elle nécessité un suivi? Oui Non Précisez les dates : _____

Le patient a-t-il été hospitalisé? Oui Non Du _____ Au _____
jj / mm / aaaa jj / mm / aaaa

Nom de l'hôpital : _____

L'état de santé était-il lié à la consommation d'alcool, à un mauvais usage de médicaments ou à une blessure auto-infligée? Oui Non

Si "Oui", veuillez donner les détails : _____

Selon votre opinion professionnelle, à partir de quelle date cette affection a-t-elle empêché le patient ou un membre de sa famille de voyager?

jj / mm / aaaa

Quand le patient ou le membre de sa famille a-t-il été avisé d'annuler le voyage? _____
jj / mm / aaaa

Si les deux dates précédentes diffèrent, veuillez expliquer pourquoi : _____

Commentaires : _____

ATTESTATION DU MÉDECIN ET SIGNATURE

J'atteste que les renseignements fournis dans la présente section sont, à ma connaissance, vrais et exacts.

Nom du médecin traitant (en lettres moulées s.v.p.) : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Province : _____ Pays : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Courriel : _____

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

Signature du médecin traitant : _____ Date : _____