





### Suivi et pronostic (suite)

Durée approximative de l'incapacité : Nb de jours \_\_\_\_\_ Nb de semaines \_\_\_\_\_

Indéterminée  ou date de retour au travail : 

--	--	--	--	--

 / 

--	--

 / 

--	--

  
année / mois / jour

Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail ou à ses occupations habituelles? Nb de jours \_\_\_\_\_ Nb de semaines \_\_\_\_\_

À temps partiel  À temps plein  Retour progressif  Précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Questions spécifiques au contrat

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Partie 3 - Identification du médecin

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Numéro de permis d'exercer : \_\_\_\_\_

Omnipraticien  Spécialiste  Précisez : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**NOTE : LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE, SONT ASSUMÉS PAR LA PERSONNE ASSURÉE**

Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, C.P. 10000, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8