

### Partie 1 - Identification de l'assuré(e)

Section à remplir par la personne assurée

Nom :

Prénom :

N° de contrat :  N° de certificat :

N° d'assurance sociale :       Date de naissance :    /   /    
année / mois / jour

### Partie 2 - Déclaration du médecin traitant

À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient

Diagnostic principal : \_\_\_\_\_

Diagnostic secondaire : \_\_\_\_\_

Veillez décrire les signes et symptômes avec leur fréquence et précisez le degré de gravité de chacun d'eux : (L = léger, M = moyen, I = intense)

Signes	Symptômes
_____ <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> I	_____ <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> I
_____ <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> I	_____ <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> I
_____ <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> I	_____ <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> I

### Traitement

Médicaments (nom, posologie) : \_\_\_\_\_

Depuis quand : \_\_\_\_\_ Précisez : \_\_\_\_\_

Le patient consulte-t-il :

Un psychiatre ?  Oui  Non \_\_\_\_\_ dans un centre de traitement  Oui  Non \_\_\_\_\_

Un psychologue ?  Oui  Non \_\_\_\_\_ dans un CLSC  Oui  Non \_\_\_\_\_

Un travailleur social ?  Oui  Non \_\_\_\_\_ dans un hôpital de jour  Oui  Non \_\_\_\_\_





### 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, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6