

# Demande de règlement – Maladies graves

## Déclaration de l'assuré

**La demande doit être soumise à l'assureur dans les 90 jours suivant le diagnostic.**

IDENTIFICATION	
Nom de l'assuré : _____	N° de police : _____
Date de naissance : <u>  jour/mois/année  </u>	N° d'assurance maladie : _____
Adresse : _____	
Tél. domicile : _____	Cellulaire : _____
Courriel : _____	
Nom du preneur de la police : _____	

RENSEIGNEMENTS SUR LA MALADIE				
1. De quelle maladie souffrez-vous ? _____				
2. Date de la première consultation pour cette maladie : <u>  jour/mois/année  </u>				
3. Quand avez-vous été avisé du diagnostic : <u>  jour/mois/année  </u>				
4. Nom et adresse du médecin qui a diagnostiqué la maladie : _____ _____				
5. Nom et adresse de votre médecin traitant si différent : _____ _____				
6. Nom et adresse de tous les médecins consultés au cours des deux dernières années :				
Nom du médecin	Adresse	Date de la première consultation	Date de la dernière consultation	Diagnostic
		<u>  jour/mois/année  </u>	<u>  jour/mois/année  </u>	
		<u>  jour/mois/année  </u>	<u>  jour/mois/année  </u>	
		<u>  jour/mois/année  </u>	<u>  jour/mois/année  </u>	
		<u>  jour/mois/année  </u>	<u>  jour/mois/année  </u>	
7. Avez-vous déjà souffert de cette maladie ou d'une affection analogue ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, veuillez indiquer la date et décrivez la maladie : _____ _____				
8. Avez-vous été hospitalisé relativement à cette maladie ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, veuillez indiquer la date et le lieu :				
Du <u>  jour/mois/année  </u> au <u>  jour/mois/année  </u> Hôpital : _____				
Du <u>  jour/mois/année  </u> au <u>  jour/mois/année  </u> Hôpital : _____				
Du <u>  jour/mois/année  </u> au <u>  jour/mois/année  </u> Hôpital : _____				
Du <u>  jour/mois/année  </u> au <u>  jour/mois/année  </u> Hôpital : _____				

ATTESTATION	
<b>Je certifie que les déclarations faites ci-dessus sont, au meilleur de ma connaissance, complètes et véridiques.</b>	
Signature de l'assuré _____	Date <u>  jour/mois/année  </u>
Signature du preneur si l'assuré a moins 14 ans au Québec ou moins de 16 ans en Ontario. _____	Date <u>  jour/mois/année  </u>

# Avis Important

Ce formulaire est requis lors d'une demande de prestations en vertu de la garantie **Maladies Graves** et doit être remis à l'assureur dans les 90 jours qui suivent l'établissement du diagnostic.

## DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

- Il est important de remplir toutes les sections et de répondre à toutes les questions du formulaire.
- Annexer le formulaire DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT et, s'il y a lieu, l'ATTESTATION MÉDICALE à la demande de prestations.

## DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

- Seule la section IDENTIFICATION doit être remplie par l'assuré puis remise au médecin.
- Une photocopie des notes cliniques ou des résultats de tests doit être annexée au formulaire rempli par le médecin.
- Annexer le formulaire ATTESTATION MÉDICALE s'il y a eu traitements en clinique externe, soins à domicile ou frais de transport par ambulance.
- Les frais exigés par le médecin pour la production de ces documents sont à la charge de l'assuré.

## ATTESTATION MÉDICALE

L'attestation médicale doit être remplie s'il y a eu traitements en clinique externe, soins à domicile ou services ambulanciers.

- Seule la section IDENTIFICATION doit être remplie par l'assuré.
- Faire remplir les autres sections du formulaire par une personne dûment autorisée.
- Joindre tous les reçus originaux.
- Les frais exigés pour la production de ces documents sont à la charge de l'assuré.

### Important

Il ne faut rien écrire ni modifier les notes du médecin dans la DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT et dans l'ATTESTATION MÉDICALE.  
Pour apporter des précisions ou des commentaires aux renseignements fournis par le médecin, utiliser une feuille séparée.

## AUTORISATION

- Lire attentivement le texte de l'autorisation afin d'en comprendre la portée. Ce formulaire sera utilisé pour obtenir les renseignements nécessaires à l'analyse de votre demande ou pour communiquer des renseignements à des tierces parties.
- Les trois autorisations doivent être signées et datées pour éviter tout délai dans le traitement de la demande.
- Signer au crayon à bille à encre bleue. Certains hôpitaux peuvent confondre une signature au feutre noir avec une photocopie.

Soumettre la demande à l'adresse indiquée ci-dessous, selon la province de résidence. Pour toute question, communiquer avec le service des règlements par téléphone avant d'envoyer votre demande pour éviter les délais inutiles. Les appels de notre service de règlements sont enregistrés pour fins de formation, de contrôle de qualité et de vérification.

**Croix Bleue Canassurance**  
**Règlements, assurances vie et invalidité**  
**Téléphone :** 514-286-8302 ou 1 800 300-5002  
**Télécopieur :** 514-905-7504 ou 1 877 590-7504

**Bureau au Québec**  
1981, avenue McGill College, bureau 105  
Montréal (Québec) H3A 0H6  
**Courriel :** [reglements.vie.invalidite@qc.croixbleue.ca](mailto:reglements.vie.invalidite@qc.croixbleue.ca)

**Bureau en Ontario**  
**Téléphone :** 1 800 300-5002  
**Télécopieur :** 1 877 590-7504  
Casier Postal 4433, Station A  
Toronto ONT M5W 3Y7  
**Courriel :** [reglements.vie.invalidite@ont.croixbleue.ca](mailto:reglements.vie.invalidite@ont.croixbleue.ca)

# Demande de règlement – Maladies graves

## Déclaration du médecin traitant

**Ce formulaire doit être soumis à l'assureur dans les 90 jours qui suivent l'établissement du diagnostic.**

### IDENTIFICATION DU PATIENT (à remplir par l'assuré)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ jour/mois/année N° de police : \_\_\_\_\_ N° d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

### DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (à remplir en lettre majuscules et à remettre au patient)

#### DIAGNOSTIC

1. Diagnostic principal : \_\_\_\_\_ Code CIM-9 : \_\_\_\_\_
2. Diagnostic secondaire : \_\_\_\_\_ Code CIM-9 : \_\_\_\_\_
3. Date d'apparition des symptômes : \_\_\_\_\_ jour/mois/année
4. Date d'établissement du diagnostic : \_\_\_\_\_ jour/mois/année
5. Le patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection analogue ?  oui  non  
Si oui, veuillez indiquer la date et fournir une description : \_\_\_\_\_ jour/mois/année
6. Symptômes subjectifs : \_\_\_\_\_
7. Symptômes objectifs (résultats récents de radiographies, ECG, analyses de laboratoire, etc.) : \_\_\_\_\_
8. Antécédents pertinents : \_\_\_\_\_
9. Pronostic : \_\_\_\_\_
10. S'il s'agit d'un accident cérébrovasculaire, y avait-il présence de séquelles neurologiques 30 jours après l'ACV ?  oui  non
11. Le patient est-il atteint du SIDA, ARS ou d'une maladie liée à un test HIV positif ?  oui  non
12. Le patient a-t-il utilisé des médicaments non prescrits par un médecin : \_\_\_\_\_

#### TRAITEMENT

1. Type de traitement et durée anticipée : \_\_\_\_\_
2. Date et type d'intervention chirurgicale, le cas échéant : \_\_\_\_\_ jour/mois/année

#### HOSPITALISATION(S)

1. Le patient a-t-il été hospitalisé ?  oui  non Si oui, précisez les dates et l'établissement :  
Du \_\_\_\_\_ jour/mois/année au \_\_\_\_\_ jour/mois/année Hôpital : \_\_\_\_\_  
Du \_\_\_\_\_ jour/mois/année au \_\_\_\_\_ jour/mois/année Hôpital : \_\_\_\_\_  
Du \_\_\_\_\_ jour/mois/année au \_\_\_\_\_ jour/mois/année Hôpital : \_\_\_\_\_  
Du \_\_\_\_\_ jour/mois/année au \_\_\_\_\_ jour/mois/année Hôpital : \_\_\_\_\_

#### ATTESTATION

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_  
 Omnipraticien  Spécialiste Précisez : \_\_\_\_\_ N° de permis d'exercer : \_\_\_\_\_  
Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ jour/mois/année

# Maladies graves

## Traitements en clinique externe

### Attestation médicale

**Il est de la responsabilité du patient de faire remplir cette attestation par la clinique.**

#### IDENTIFICATION DU PATIENT (à remplir par l'assuré)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance :        jour/       mois/       année N° de police : \_\_\_\_\_ N° d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

#### TRAITEMENTS EN CLINIQUE EXTERNE

1. Diagnostic : \_\_\_\_\_

2. Nom et adresse de l'établissement : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Traitements reçus  
 chimiothérapie     radiothérapie     autre(s) : \_\_\_\_\_

4. Dates des traitements  
       jour/       mois/       année           jour/       mois/       année           jour/       mois/       année           jour/       mois/       année  
       jour/       mois/       année           jour/       mois/       année           jour/       mois/       année           jour/       mois/       année

#### ATTESTATION

**J'atteste, par la présente, que le patient a reçu les traitements indiqués ci-dessus.**

\_\_\_\_\_  
Nom de la personne autorisée, en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Téléphone

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne autorisée

       jour/       mois/       année  
\_\_\_\_\_  
Date

Note : Les frais pour remplir cette demande sont à la charge de la personne assurée.

# Maladies graves

## Soins infirmiers à domicile

### Attestation médicale

**Il est de la responsabilité du patient de faire remplir cette attestation par le médecin ayant prescrit les soins infirmiers.**

#### IDENTIFICATION DU PATIENT (à remplir par l'assuré)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ jour/mois/année N° de police : \_\_\_\_\_ N° d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

#### SOINS INFIRMIERS À DOMICILE

1. Diagnostic : \_\_\_\_\_
2. Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_
3. S'il s'agit d'une chirurgie, indiquez la date : \_\_\_\_\_ jour/mois/année Date de congé : \_\_\_\_\_ jour/mois/année
4. Date de prescription des soins infirmiers à domicile : \_\_\_\_\_ jour/mois/année
5. Détails des soins et traitements qui seront donnés par l'infirmière : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Indiquez si des soins infirmiers auxiliaires seulement sont requis : \_\_\_\_\_
7. Si les soins ne sont pas couverts en vertu de la Loi sur l'assurance hospitalisation ou de la Loi sur l'assurance maladie, pour quelle raison sont-ils requis ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### ATTESTATION

**J'atteste, par la présente, que les soins infirmiers décrits ci-dessus sont médicalement requis :**

- 24 heures par jour, pour \_\_\_\_\_ jours     16 heures par jour, pour \_\_\_\_\_ jours     8 heures par jour, pour \_\_\_\_\_ jours  
 Autre: \_\_\_\_\_ heures par jour, pour \_\_\_\_\_ jours

\_\_\_\_\_  
Nom de la personne autorisée, en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Téléphone

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne autorisée

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
jour/mois/année

Note : Les frais pour remplir cette demande sont à la charge de la personne assurée.

## IDENTIFICATION

Nom de l'assuré: \_\_\_\_\_

No de police : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ jour / mois / année

Nom du preneur de la police : \_\_\_\_\_

Afin d'évaluer et de déterminer mon admissibilité aux produits ou aux prestations d'assurance, j'autorise par la présente tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement médical, compagnie d'assurances, réassureur, le Bureau de renseignements médicaux (MIB) ou tout autre organisme, institution, employeur, courtier, agent, représentant ou toute personne détenant des renseignements à mon sujet ou sur mon état de santé, y compris mes antécédents médicaux, à communiquer ou transmettre ces renseignements à l'Association d'Hospitalisation Canassurance ou à Canassurance Compagnie d'Assurance (ci-après nommé l'Assureur), à son réassureur, ses vérificateurs internes et externes ainsi que tout professionnel et toute organisation mandatés par l'Assureur pour le traitement de ma demande.

J'autorise également le Régime de pensions du Canada (RPC), la Régie des rentes du Québec (RRQ), les Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC), la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail de l'Ontario (CSPAAT), la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et tout autre organisme ou commission fédérale ou provinciale à transmettre à l'Assureur les renseignements administratifs, médicaux et pharmacologiques qu'ils détiennent à mon sujet.

De plus, j'autorise l'Assureur à échanger les renseignements qu'il détient à mon sujet avec les personnes et organismes mentionnés précédemment. Cette autorisation sera valide tant que ma demande de prestations d'assurance invalidité sera active.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'assuré

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du preneur si l'assuré a moins de 14 ans au Québec ou moins de 16 ans en Ontario

01VRS0015F (03-2020)

## IDENTIFICATION

Nom de l'assuré: \_\_\_\_\_

No de police : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ jour / mois / année

Nom du preneur de la police : \_\_\_\_\_

Afin d'évaluer et de déterminer mon admissibilité aux produits ou aux prestations d'assurance, j'autorise par la présente tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement médical, compagnie d'assurances, réassureur, le Bureau de renseignements médicaux (MIB) ou tout autre organisme, institution, employeur, courtier, agent, représentant ou toute personne détenant des renseignements à mon sujet ou sur mon état de santé, y compris mes antécédents médicaux, à communiquer ou transmettre ces renseignements à l'Association d'Hospitalisation Canassurance ou à Canassurance Compagnie d'Assurance (ci-après nommé l'Assureur), à son réassureur, ses vérificateurs internes et externes ainsi que tout professionnel et toute organisation mandatés par l'Assureur pour le traitement de ma demande.

J'autorise également le Régime de pensions du Canada (RPC), la Régie des rentes du Québec (RRQ), les Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC), la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail de l'Ontario (CSPAAT), la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et tout autre organisme ou commission fédérale ou provinciale à transmettre à l'Assureur les renseignements administratifs, médicaux et pharmacologiques qu'ils détiennent à mon sujet.

De plus, j'autorise l'Assureur à échanger les renseignements qu'il détient à mon sujet avec les personnes et organismes mentionnés précédemment. Cette autorisation sera valide tant que ma demande de prestations d'assurance invalidité sera active.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'assuré

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du preneur si l'assuré a moins de 14 ans au Québec ou moins de 16 ans en Ontario

01VRS0015F (03-2020)

## IDENTIFICATION

Nom de l'assuré: \_\_\_\_\_

No de police : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ jour / mois / année

Nom du preneur de la police : \_\_\_\_\_

Afin d'évaluer et de déterminer mon admissibilité aux produits ou aux prestations d'assurance, j'autorise par la présente tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement médical, compagnie d'assurances, réassureur, le Bureau de renseignements médicaux (MIB) ou tout autre organisme, institution, employeur, courtier, agent, représentant ou toute personne détenant des renseignements à mon sujet ou sur mon état de santé, y compris mes antécédents médicaux, à communiquer ou transmettre ces renseignements à l'Association d'Hospitalisation Canassurance ou à Canassurance Compagnie d'Assurance (ci-après nommé l'Assureur), à son réassureur, ses vérificateurs internes et externes ainsi que tout professionnel et toute organisation mandatés par l'Assureur pour le traitement de ma demande.

J'autorise également le Régime de pensions du Canada (RPC), la Régie des rentes du Québec (RRQ), les Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC), la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail de l'Ontario (CSPAAT), la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et tout autre organisme ou commission fédérale ou provinciale à transmettre à l'Assureur les renseignements administratifs, médicaux et pharmacologiques qu'ils détiennent à mon sujet.

De plus, j'autorise l'Assureur à échanger les renseignements qu'il détient à mon sujet avec les personnes et organismes mentionnés précédemment. Cette autorisation sera valide tant que ma demande de prestations d'assurance invalidité sera active.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'assuré

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du preneur si l'assuré a moins de 14 ans au Québec ou moins de 16 ans en Ontario

01VRS0015F (03-2020)