

N° de groupe

Code d'utilisateur GPM

INSTRUCTIONS

- 1. REMPLIR LE FORMULAIRE.** Les frais engagés pour faire remplir le présent formulaire sont à la charge du patient.
- 2. SIGNATURES DU PATIENT ET DU MÉDECIN SONT REQUISES.**
- 3. ADRESSE DE RETOUR** Faites parvenir le présent formulaire à votre patient ou envoyez-le directement par télécopieur au 450.667.7739 en toute confidentialité. Il est inutile de nous acheminer les documents originaux. Veuillez conserver le formulaire original pour vos dossiers.

DÉCLARATION DU PARTICIPANT - À remplir par le patient

Nom(s) de famille du participant

Prénom(s) du participant

Date de naissance (j/m/a)

Adresse (N° civique, appartement, rue)

Ville et province

Code postal

Téléphone

Adresse de courriel du participant

DÉCLARATION ET AUTORISATION

En soumettant votre demande, vous confirmez que les informations fournies sont exactes, précises et véritables. Toute information fautive pourra résulter en un rejet de votre demande de règlement. Vous autorisez GPM et ses mandataires à : (i) Faire enquête auprès de tous fournisseurs de services ou de biens et obtenir toutes informations relatives aux services fournis et biens vendus; (ii) Procéder à la collecte d'informations concernant la demande de remboursement ou la réclamation; (iii) Obtenir, utiliser et divulguer des renseignements personnels vous concernant ou concernant les personnes visées à votre demande, nécessaires à sa vérification diligente. Notez que nous partagerons toute information relative à une fausse déclaration ou demande frauduleuse aux autorités compétentes ainsi qu'au Titulaire du régime. Vous acceptez aussi que la personne à qui la demande d'information est adressée réponde aux questions soumises pour la vérification de votre demande et notre enquête. J'autorise GPM à utiliser mon numéro d'assurance sociale. J'autorise toute personne physique ou morale qui possède des renseignements personnels pertinents à mon sujet, notamment mon employeur, les professionnels de la santé, mon médecin traitant, les établissements médicaux, les assureurs et les personnes qui accomplissent des services pour le compte de GPM à partager les renseignements qui sont nécessaires aux activités de tarification, de gestion et aux paiements des demandes de règlement. J'autorise GPM à transmettre à mon assureur d'invalidité de longue durée tout renseignement relatif à mon absence pour assurer la transition de mon dossier à mon régime d'invalidité de longue durée. Je conviens que je suis responsable de conserver les documents originaux relatifs à ma réclamation d'invalidité de courte durée. Je conviens qu'une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

SIGNATURE DU PARTICIPANT

Date (j/m/aaaa)

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Diagnostic Principal :

Diagnostic Secondaire :

Maladie ou blessure professionnelle

L'état du patient est-il attribuable à l'exercice de ses fonctions ?

Non Oui

Dates se rapportant à l'absence du travail

Date de la première consultation au cours de la période d'absence actuelle (j/m/aaaa)

Date du premier jour d'absence du travail en raison de l'affection (j/m/aaaa)

Hospitalisation

Votre patient a-t-il été hospitalisé ?

Non Oui » SVP remplir :

Date de l'admission (j/m/aaaa)

Date de la fin de l'hospitalisation (j/m/aaaa)

Votre patient a-t-il subi une intervention chirurgicale ?

Non Oui » SVP remplir :

Description

Type d'anesthésie

Traitement

Médicament, posologie, thérapie, autre :

À votre connaissance, le patient suit-il le traitement recommandé ?

Non Oui

COMMENTAIRES

N° de groupe

Code d'utilisateur GPM

Suite à la déclaration du médecin traitant - SI L'ABSENCE RISQUE DE SE PROLONGER AU-DELÀ DE 4 SEMAINES

Antécédents

Le patient a-t-il déjà été traité pour la même affection ?

Non Oui » SVP remplir :

DATE
(j/m/a)

DATE
(j/m/a)

DATE
(j/m/a)

Symptômes

Décrivez les symptômes, leur gravité et la fréquence à laquelle ils se manifestent :

Examens complémentaires

VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DE TOUS LES DOCUMENTS PERTINENTS.

Y a-t-il d'autres examens de prévus ? Indiquez la date à laquelle les résultats sont attendus :

- Résultats d'examens
- Comptes rendus de consultation

* Si aucun résultat n'est fourni, nous présumerons qu'aucun examen n'a été effectué.

Non

Oui » SVP remplir :

DATE
(j/m/a)

Restrictions et limitations

Veillez décrire les restrictions et les limitations d'ordre cognitif et/ou physique s'appliquant actuellement à votre patient :

Complications et autres affections

Veillez nous faire part de toute complication ou de toute autre affection influant sur la capacité fonctionnelle de votre patient ou sur la durée prévue de son rétablissement :

Date prévue de retour au travail / pronostic :

Attestation du médecin traitant (Caractères d'imprimerie)

Timbre du médecin

Nom(s) de famille du médecin traitant

Prénom(s)

Spécialité

Adresse (N° civique, rue, ville, province, code postal)

Téléphone

N° de télécopieur

SIGNATURE DU MÉDECIN

Date (j/m/aaaa)