

Bonjour,

Nous vous remercions d'avance de remplir ce formulaire au nom de votre patient qui est aussi notre assuré. Ce faisant, vous lui permettez d'avoir en main les documents requis pour présenter une demande de règlement au titre de sa couverture d'assurance maladies graves de la Financière Sun Life.

Un contrat d'assurance maladies graves couvre un grand nombre d'affections comportant chacune des critères diagnostiques définis. Nous vous prions de répondre aux questions du formulaire ci-joint pour nous aider à évaluer la demande de règlement de votre patient.

Votre patient fait une demande en vertu de la définition de sclérose en plaques donnée dans le contrat. Veuillez indiquer le maximum d'information sur le formulaire et nous fournir les documents ci-dessous :

- Copie des rapports de spécialistes ou d'hôpitaux.
- Copie du rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) confirmant le diagnostic.

**Nota :**

- **Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.**
- **Des prestations peuvent être versées seulement si la sclérose en plaques correspond à la définition suivante : diagnostic formel d'au moins une des manifestations suivantes :**
  - au moins deux poussées cliniques distinctes, confirmées par imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation;
  - anomalies neurologiques précises persistant pendant plus de 6 mois, confirmées par IRM du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation;
  - une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux qui démontrent des plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

Nous serons heureux de vous régler des frais administratifs de 50 \$ pour la photocopie des pièces médicales concernant votre patient, sur réception de celles-ci. Veuillez joindre votre facture au formulaire. Il incombe au patient de payer les frais exigés pour remplir ce formulaire, le cas échéant.

Nous vous remercions de votre collaboration à cet égard. Si vous avez des questions à poser, veuillez appeler au 1-877-786-5433, poste 441-2809, ou nous écrire à l'adresse [DISABLF@sunlife.com](mailto:DISABLF@sunlife.com).

**Important :** Ne pas retourner la présente page avec le formulaire dûment rempli.

# Assurance maladies graves – Déclaration du médecin – Sclérose en plaques

Numéro de contrat

Il incombe au patient de se procurer le présent formulaire et de payer les frais engagés pour le faire remplir, sauf dans les cas où la loi l'interdit.

<b>1 Renseignements personnels</b> – Le patient doit remplir cette section seulement.			
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup>	<input type="checkbox"/> M <sup>lle</sup>	Nom	Prénom
			Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Numéro du régime d'assurance-maladie provinciale			Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Adresse (numéro et rue)		Appartement	Ville
Province	Code postal	Numéro de téléphone (jour)	

## Autorisation

J'autorise les médecins et autres professionnels de la santé autorisés qui m'ont observé à des fins de diagnostic ou de traitement, les hôpitaux, cliniques ou autres établissements médicaux dans lesquels j'ai été patient, les organismes publics, de même que les établissements privés spécialisés en services de santé ou en services sociaux, à communiquer à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la Financière Sun Life) les renseignements dont elle a besoin aux fins de l'évaluation et de la gestion de la présente demande de règlement. J'autorise la Financière Sun Life, ses conseillers et ses fournisseurs de services à recueillir les renseignements nécessaires à l'évaluation et à la gestion de cette demande de règlement avec toute personne ou tout organisme détenant des renseignements se rapportant à cette demande, y compris les professionnels de la santé, les organismes publics, les régimes provinciaux d'assurance-maladie, les établissements, les agences d'investigation et les compagnies d'assurance ou de réassurance, et à utiliser ces renseignements ou à les échanger avec ces mêmes personnes ou organismes si la Financière Sun Life le juge nécessaire aux fins de l'évaluation et de la gestion de cette demande.

Je conviens que la présente autorisation restera en vigueur pour la durée de cette demande de règlement.

Date (jj-mm-aaaa)	Signature du patient X
-------------------	---------------------------

Toute copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

<b>2 Déclaration du médecin</b> – Cette section doit être remplie par le médecin traitant.		
Date de la première manifestation des symptômes de sclérose en plaques chez le patient (jj-mm-aaaa)	Date à laquelle le patient vous a consulté pour la première fois au sujet de ce problème de santé (jj-mm-aaaa)	
Quels étaient les symptômes?		
Date à laquelle la possibilité d'un diagnostic de sclérose en plaques a été discutée pour la première fois avec le patient (jj-mm-aaaa)	Date à laquelle un diagnostic formel de sclérose en plaques a été confirmé avec le patient (jj-mm-aaaa)	Depuis combien de temps cette personne est-elle votre patient?

**2 Déclaration du médecin** – Cette section doit être remplie par le médecin traitant. (suite)

Décrivez l'évolution clinique et énumérez les signes et symptômes neurologiques en précisant les dates et la durée de ces derniers.


Indiquez le nom et l'adresse des autres médecins consultés par le patient ou les hôpitaux dans lesquels il a été hospitalisé en rapport avec cette affection ou une affection connexe.

Nom du médecin ou de l'hôpital	Adresse

Savez-vous si le père, les frères ou sœurs de votre patient ont **déjà** souffert de ce problème de santé ou d'un problème de santé connexe?

Oui  Non Si «oui», donnez des précisions ci-dessous.

Lien	Nom de l'affection	Année du diagnostic	Âge au moment du diagnostic

Votre patient fume-t-il?  Oui  Non Si «non», a-t-il **déjà** fumé?  Oui  Non

Si «oui», veuillez fournir des détails sur ses antécédents d'usage du tabac.

--

Veuillez nous faire part de tout autre renseignement qui pourrait nous être utile pour l'évaluation de la demande de règlement de votre patient.


**Veillez nous fournir une copie des rapports de spécialistes, y compris une copie du rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) confirmant le diagnostic. Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.**

<b>3</b>	<b>Autorisation et signature du médecin</b>
----------	---

Les renseignements que vous donnez à la Financière Sun Life concernant cette demande de règlement peuvent être divulgués au patient ou aux personnes autorisées par le patient à recevoir de tels renseignements, à moins que vous ne nous avisiez par écrit qu'une telle divulgation aurait fort probablement des conséquences néfastes sur la santé du patient ou pourrait causer du tort à un tiers.

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)		Prénom		Spécialité médicale	
Adresse (numéro et rue)				Bureau	
Ville		Province	Code postal	Numéro de téléphone	
Date (jj-mm-aaaa)	Signature du médecin X				

Envoyer l'original du formulaire dûment rempli à l'adresse ci-dessous :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie  
C. P. 1601, succ. Waterloo  
Waterloo (Ontario) N2J 4C5

Vous pouvez envoyer ce formulaire par télécopieur au 1-866-487-4745. Dans ce cas, nous vous conseillons d'en conserver une copie dans vos dossiers pour pouvoir vous y reporter au besoin. Ensuite, veuillez envoyer l'original à l'adresse ci-dessus.