



Formulaire de demande de prestations d'Assurance invalidité prolongée (AIP)



FORMULAIRE DE DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE INVALIDITÉ PROLONGÉE (AIP)

Contrat collectif n° 901102

Avant de présenter ces formulaires, veuillez vérifier ce qui suit :

- 1. Les documents « Déclaration du requérant », « Accord relatif aux prestations » et « Autorisation de divulgation et de renonciation » sont dûment remplis, signés et datés, s'il y a lieu.**
- 2. La partie « Identification et autorisation du patient/requérant » du document « Déclaration du médecin traitant » est remplie, signée et remise au médecin qui vous traite ou qui traite le membre des FC. Le médecin fera parvenir le formulaire rempli accompagné des documents demandés directement à la Manuvie.**

Veuillez noter que la demande de prestations d'AIP ne sera examinée que lorsque TOUS les documents requis auront été acheminés à l'adresse ci-dessous dans une enveloppe préaffranchie :

**La Manuvie
2727, promenade Joseph Howe
C.P. 1030
Halifax NS B3J 2X5**

À l'attention des Services du RARM

Note : Si vous avez besoin d'une enveloppe préaffranchie, veuillez communiquer avec le gestionnaire de cas du MDN chargé de votre dossier.

Si vous avez de la difficulté à remplir le présent formulaire, veuillez communiquer avec la Manuvie en composant le 1-800-565-0701.

LISTE DE VÉRIFICATION DE L'INFORMATION

Avant de retourner la trousse de demande de prestations, veuillez vous assurer de :

- ☐ Signer la Déclaration du requérant
- ☐ Signer l'Autorisation de divulgation et de renonciation
- ☐ Signer l'Accord relatif aux prestations
- ☐ Remplir la feuille de renseignements sur votre disponibilité
- ☐ Signer la partie Identification et autorisation du patient/requérant de la Déclaration du médecin traitant (DMT)
- ☐ Remettre la partie du formulaire Déclaration du médecin traitant au médecin militaire
- ☐ Joindre une copie de votre Sommaire des dossiers du personnel militaire (SDPM-490A) des Forces canadiennes (FC)
- ☐ Remplir toutes les sections, apporter tout changement nécessaire et vérifier toutes les pages recto verso

En préparation à votre rencontre avec le conseiller en réadaptation professionnelle du RARM, veuillez prendre en considération les points suivants :

- Définissez vos objectifs en ce qui a trait à votre seconde carrière.
- Songez à vos compétences polyvalentes et à vos objectifs de rééducation professionnelle.
- Participerez-vous au Programme de perfectionnement des compétences (PPC)? Avez-vous déjà fait des démarches à ce sujet?
- À quelle formation ou à quels cours de rééducation professionnelle aimeriez-vous participer?
- L'horaire des cours; les dates de début et de fin, etc.
- Les coûts connexes; les frais de scolarité, le matériel, les déplacements, etc.
- Les cours préalables exigés, le cas échéant.
- De quelle façon la rééducation professionnelle vous aidera-t-elle à atteindre vos objectifs en ce qui a trait à votre seconde carrière?
- Devrez-vous déménager?
- Avez-vous discuté de vos objectifs relatifs à votre seconde carrière avec votre famille?
- Étant donné que les participants au programme d'AIP du FAC sont autorisés à travailler et encouragés à le faire, avez-vous trouvé un emploi après la libération?
- Le service de réadaptation professionnelle du Manuvie peut-il vous offrir une formation ou de l'aide à court terme en vue d'une occasion d'emploi quelconque?

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec nous.

DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE INVALIDITÉ PROLONGÉE (AIP) DÉCLARATION DU REQUÉRANT

Contrat collectif n° 901102

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

1. DIRECTIVES

Le membre des Forces canadiennes doit remplir le présent formulaire et le présenter accompagné de la Déclaration du médecin traitant.

Il vous incombe de fournir les pièces justificatives établissant votre droit à toucher des prestations et d'assumer tous les frais que pourrait exiger votre médecin pour la préparation des documents requis. La Manuvie étudiera votre demande de prestations seulement lorsqu'elle aura reçu ces documents.

2. IDENTIFICATION (en caractères d'imprimerie) Numéro Matricule:

<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Homme
Nom de famille		Prénom	Initiale	<input type="checkbox"/> Femme
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adresse : numéro et rue		App.	Ville	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Province	Code postal	N° de téléphone à domicile		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
N° de téléphone au travail	N° de cellulaire	Adresse électronique		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Date de naissance (jour/mois/année)	*N° d'assurance sociale	Profession militaire		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
N° matricule	Grade	<input type="checkbox"/> Force régulière	<input type="checkbox"/> Force de réserve	Nbre d'années de service
		Composante des FC		
Situation de famille : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Union de fait <input type="checkbox"/> Autre				

*Nécessaire aux fins de l'impôt sur le revenu

3. INFORMATION SUR LA LIBÉRATION

Serez-vous libéré des Forces canadiennes pour des raisons médicales (3A/3B)? ☐ Oui ☐ Non

Quel est le motif de votre libération?

Quelle est la date prévue de votre libération?

(jour/mois/année)

Vous devez envoyer votre demande de prestations d'AIP dûment remplie à notre bureau dans les 120 jours suivant votre date de libération des Forces canadiennes.

DÉCLARATION DU REQUÉRANT

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

4. TROUBLES MÉDICAUX ACTIFS

Numéro matricule :

Trouble médical n° 1 :	Date de l'apparition des symptômes (jour/mois/année)	Ce trouble médical est-il lié au travail?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Dans l'affirmative, veuillez fournir une explication :		
<input type="text"/>		
Si le trouble médical découle d'une blessure	Date :	
Lieu :	(jour/mois/année)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Avez-vous déjà été hospitalisé en raison de votre trouble médical?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	De :
Dans l'affirmative, à quel hôpital :	(jour/mois/année)	À :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	(jour/mois/année)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Trouble médical n° 2 :	Date de l'apparition des symptômes (jour/mois/année)	Ce trouble médical est-il lié au travail?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Dans l'affirmative, veuillez fournir une explication :		
<input type="text"/>		
Si le trouble médical découle d'une blessure	Date :	
Lieu :	(jour/mois/année)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Avez-vous déjà été hospitalisé en raison de votre trouble médical?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	De :
Dans l'affirmative, à quel hôpital :	(jour/mois/année)	À :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	(jour/mois/année)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Trouble médical n° 3 :	Date de l'apparition des symptômes (jour/mois/année)	Ce trouble médical est-il lié au travail?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Dans l'affirmative, veuillez fournir une explication :		
<input type="text"/>		
Si le trouble médical découle d'une blessure	Date :	
Lieu :	(jour/mois/année)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Avez-vous déjà été hospitalisé en raison de votre trouble médical?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	De :
Dans l'affirmative, à quel hôpital :	(jour/mois/année)	À :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	(jour/mois/année)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DÉCLARATION DU REQUÉRANT

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

5. RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN TRAITANT

Numéro matricule :

Nom et adresse de tout médecin, autre qu'un médecin militaire, que vous avez consulté en raison d'un trouble médical quelconque.

Nom :

Adresse :

6. ACTIVITÉS ACTUELLES

Veillez remplir cette section au meilleur de vos connaissances. Si vous avez de la difficulté à répondre à la question, veuillez ne rien écrire, et le gestionnaire de dossiers chargé de votre dossier à la Manuvie communiquera avec vous.

Veillez décrire vos activités quotidiennes depuis la manifestation de vos troubles médicaux :

Les activités décrites ci-dessus diffèrent-elles de celles que vous meniez avant la manifestation de vos troubles médicaux?

Oui ☐ Non ☐

Dans l'affirmative, quelles sont les activités que vous ne pouvez plus exercer maintenant?

Quels traitements suivez-vous actuellement pour vos troubles de santé?

DÉCLARATION DU REQUÉRANT

RÉADAPTATION

1. CAPACITÉS FONCTIONNELLES

Numéro matricule :

Les renseignements suivants seront utilisés pour établir s'il existe des facteurs limitant votre participation active aux études ou au travail. Veuillez en tenir compte dans vos réponses.

CAPACITÉS PHYSIQUES :

Dans quelle mesure êtes-vous capable d'accomplir les activités suivantes :

Activité	Aucune Limitation	Durée limitée (heures/jour)	Limitation totale	Détails
vous tenir debout :				
rester assis :				
marcher :				
vous accroupir :				
pousser :				
tirer :				
conduire :				
grimper :				

Soulever :	Jamais	À l'occasion	Fréquemment	Continuellement	Transporter :	Jamais	À l'occasion	Fréquemment	Continuellement
plus de 50 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	plus de 50 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de 20 à 50 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	de 20 à 50 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de 10 à 20 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	de 10 à 20 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de 5 à 10 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	de 5 à 10 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
moins de 5 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	moins de 5 lb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLESSURE OPÉRATIONNELLE LIÉE AU STRESS/ CAPACITÉS PSYCHOLOGIQUES :

Sur une échelle de 1 à 5, veuillez évaluer votre capacité à gérer les aspects suivants de votre quotidien ou à composer avec ceux-ci :

(1 = incapable 2 = rarement capable/très difficile 3 = un peu capable/modérément difficile 4 = capable à l'occasion/très peu difficile 5 = souvent capable/sans difficulté)

faire des courses	<input type="checkbox"/>	opérations bancaires/ gestion de budget	<input type="checkbox"/>	vie quotidienne	<input type="checkbox"/>
travaux ménagers	<input type="checkbox"/>	soins personnels de base	<input type="checkbox"/>	gérer le stress	<input type="checkbox"/>
estime de soi	<input type="checkbox"/>	participer à des activités de loisirs	<input type="checkbox"/>	travail/études	<input type="checkbox"/>

Avez-vous eu de la difficulté à comprendre ces questions ou à y répondre ? Oui ☐ Non ☐

DÉCLARATION DU REQUÉRANT

RÉADAPTATION

2. ÉTUDES

Numéro matricule :

Nom de l'établissement d'enseignement	Lieu	Niveau terminé	Certificat/diplôme
primaire :			
secondaire :			
collège :			
université :			

Cours suivis pendant votre service au sein des Forces canadiennes	Contenu du cours	Durée
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Autres :

1.
2.
3.

3. ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS

Expérience de travail avant l'enrôlement dans les Forces canadiennes		Date d'entrée en poste mm/yyyy	Durée de l'emploi
Employeur	Emploi/poste		

Expérience de travail au sein des Forces canadiennes

1.	3.
2.	4.

DÉCLARATION DU REQUÉRANT

RÉADAPTATION

4. QUESTIONS SUPPLÉMENTAIRES

Numéro matricule :

1. Quels sont vos plans une fois libéré des Forces canadiennes?

Si vous avez des plans concrets, veuillez en fournir les détails :

a) Type de travail :

b) Employeur :

c) Rémunération :

2. Quel type de rééducation professionnelle ou d'emploi vous intéresse?

3. Êtes-vous prêt à déménager pour améliorer vos perspectives de rééducation professionnelle ou d'emploi? Oui ☐ Non ☐

4. Déménagerez-vous après la libération? Oui ☐ Non ☐ Où? Ville :

AUTRE INFORMATION

1. Si l'un de vos troubles médicaux est attribuable à un accident ou à un accident de véhicule automobile, avez-vous intenté des poursuites contre un tiers? Oui ☐ Non ☐

2. Des accusations criminelles sont-elles en instance? Oui ☐ Non ☐

3. Dans l'affirmative, nom de l'avocat : N° de téléphone :

4. Adresse de l'avocat :

5. Nom de la société d'assurances :

DÉCLARATION DU REQUÉRANT

AUTRES REVENUS

Numéro matricule :

Le montant des prestations éventuelles payables à votre endroit pour toute invalidité sera calculé en vertu des dispositions du contrat collectif n° 901102 du RARM. Le calcul permettra la déduction d'autres montants liés à telle invalidité. En plus de fournir les renseignements demandés ci-dessous, il est impératif que vous nous avisiez de tout changement futur relatif à ces prestations.

Avez-vous présenté une demande auprès des régimes ou programmes suivants :

a) Régime de pensions du Canada/Régie des rentes du Québec (RPC/RRQ) : Oui ☐ Non ☐

État de la demande : en suspens ☐ approuvée ☐ refusée ☐ en appel ☐ (Veuillez fournir une copie de toute correspondance connexe)

b) Autres prestations ou revenus (s'il y a lieu) :

		Montant	Date d'entrée en vigueur (jour/mois/année)	Détails
Rémunérations en tant que membre de la population active civile	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prestations d'assurance automobile	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres prestations d'assurance invalidité collective	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indemnité d'accident du travail	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre régime de pension d'employeur	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

J'autorise Manuvie à communiquer avec moi en utilisant l'adresse électronique indiquée ci-dessus. Tout courriel peut contenir des renseignements personnels à mon sujet, notamment des renseignements médicaux, professionnels et financiers.

Il est entendu que la confidentialité de ces renseignements ne peut pas être protégée lors d'un envoi par courriel.

J'atteste que tous les renseignements donnés dans ce formulaire sont exacts et complets à tous les égards et fournis dans le but d'obtenir des prestations d'Assurance invalidité prolongée (AIP) conformément aux dispositions du contrat d'assurance portant sur l'AIP.

Signé à _____ ce _____^e jour de _____ 20_____.

Signature du militaire : **X**

DÉCLARATION DU REQUÉRANT

RENSEIGNEMENTS SUR LA DISPONIBILITÉ

Dès réception des formulaires dûment remplis, il se peut que nous communiquions avec vous par téléphone afin d'effectuer l'évaluation de votre demande de prestations d'Assurance invalidité prolongée. À cette fin, veuillez indiquer les moments qui vous conviennent le mieux pendant la semaine. Veuillez inscrire le numéro de téléphone auquel nous pouvons vous joindre pour chaque période de disponibilité indiquée et **joindre cette feuille** à votre Déclaration du requérant dûment remplie.

Heures pendant lesquelles nous pouvons communiquer avec vous :

Jours de la semaine pendant lesquels nous pouvons communiquer avec vous :

Numéros de téléphone et adresse électronique :

DÉCLARATION DU REQUÉRANT

Contrat collectif n° 901102

ACCORD RELATIF AUX PRESTATIONS

Nom du requérant : _____ Numéro matricule : _____

Destination : La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (« Manuvie », « la Compagnie »)

1. JE COMPRENDS que le montant des prestations potentielles auquel j'ai droit pour toute invalidité sera calculé conformément aux conditions et aux dispositions du contrat collectif n° 901102 du RARM (le « Contrat »). Le calcul permettra la déduction d'autres montants liés à telle invalidité et comprendra, sans toutefois s'y limiter, les montants qui ont été approuvés ou attribués en vertu du Régime de pensions du Canada, de la Régie des rentes du Québec, de la *Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes*, de la *Loi sur l'indemnisation des agents de l'État* (LIAE), de la législation concernant l'indemnisation des accidents du travail et de l'assurance automobile (publique ou privée) (collectivement, les « Sources Pertinentes »). Je comprends également que la présente entente a pour objectif de permettre à la Compagnie de me verser le montant intégral de prestations prévues au Contrat en attente d'approbation des réclamations par les Sources Pertinentes, tout en réservant le droit à la Compagnie de me réclamer ou de réclamer à mes héritiers, mes liquidateurs, mes administrateurs ou mes représentants tout versement excédentaire des montants prévus au Contrat résultant de l'approbation par les Sources Pertinentes.
2. JE RECONNAIS que, si un montant est approuvé ou m'est attribué par les Sources Pertinentes, moi ou, mes héritiers, mes liquidateurs, mes exécuteurs testamentaires, mes administrateurs ou mes représentants, nous nous engageons à rembourser immédiatement à la Compagnie, le montant des prestations versées en trop en vertu du Contrat et, par la présente, nous indemnisons et tenons indemne la Compagnie de tout versement excédentaire. La Compagnie peut, à sa seule discrétion, déterminer s'il y a eu trop-perçu.
3. JE M'ENGAGE ÉGALEMENT à présenter immédiatement une demande d'indemnisation auprès des Sources Pertinentes. Si j'ometts de présenter une telle demande, je rembourserais immédiatement à la Compagnie, le montant intégral des prestations que les Sources Pertinentes m'auraient approuvées ou attribuées comme si j'avais présenté ces demandes. Je reconnais que, si la valeur des montants éventuels des Sources Pertinentes n'est pas disponible, la Compagnie se réserve le droit d'estimer les montants qui me seraient accordés par les Sources Pertinentes.
4. JE M'ENGAGE ÉGALEMENT à aviser la Compagnie par écrit, dans un délai de 30 jours, de la réception de toutes les prestations que les Sources Pertinentes m'auraient approuvées ou attribuées.
5. ADVENANT QUE j'omette ou que je sois incapable d'aviser la Compagnie conformément à la clause 4 ci-dessus, j'autorise le Régime de pensions du Canada, la Régie des rentes du Québec, tout organisme agissant en vertu de la *Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes*, de la *Loi sur l'indemnisation des agents de l'État*, tout organisme d'indemnisation des accidents du travail et de l'assurance automobile (publique ou privée) à transmettre au Titulaire du Contrat et à la Compagnie tous renseignements concernant les montants approuvés ou attribués à mon endroit. Je reconnais que la transmission du présent accord à ces organismes par photocopie, télécopie ou autre moyen de reproduction électronique constitue une autorisation suffisante à divulguer les renseignements mentionnés dans la présente entente.
6. JE RECONNAIS que la Compagnie peut, conformément aux dispositions du Contrat et de la présente entente, ajuster, réduire ou interrompre mes prestations mensuelles en fonction des montants que les Sources Pertinentes pourraient approuver ou attribuer.

Les parties à la présente reconnaissent qu'elles ont demandé à ce que la présente convention soit rédigée en français. If this agreement is signed in the province of Quebec, IT IS AGREED AND UNDERSTOOD that the parties herein recognize that they have requested that the present Agreement be drafted in French.

Signé à _____ ce _____^e jour de _____ 20_____.

Signature du requérant : **X** _____

X _____
Signature du Témoin :

DÉCLARATION DU REQUÉRANT

Contrat collectif n° 901102

AUTORISATION DE DIVULGATION ET DE RENONCIATION

Par les présentes, j'autorise la Manuvie ou les Services financiers du RARM à transmettre à tout médecin, à tout hôpital, au Régime de pensions du Canada, à la Régie des rentes du Québec, à la Commission des accidents du travail, aux autorités de la *Loi sur l'indemnisation des agents de l'État* et au Titulaire du contrat collectif tout renseignement médical qu'ils pourraient avoir en leur possession, y compris, sans toutefois s'y limiter, des dossiers et des rapports d'hôpitaux, des déclarations de médecin, des antécédents d'hospitalisation, des dossiers cliniques, des résultats de radiographies et de tests de laboratoire, ainsi que tous les antécédents médicaux pertinents me concernant. Je déclare être assuré auprès de la Manuvie en vertu du contrat collectif n° 901102.

J'autorise également tout médecin, praticien, hôpital, clinique ou autre établissement de santé, les compagnies d'assurances, le Bureau de renseignements médicaux ou toute autre entreprise, institution ou personne qui détient un dossier ou des renseignements sur moi ou sur mon état de santé à transmettre ceux-ci à la Manuvie ou aux Services financiers du RARM.

Je dégage expressément la Manuvie ou les Services financiers du RARM et le ministère de la Défense nationale de toute responsabilité liée à la divulgation de ces renseignements.

De plus, dans le cas où ma formation serait défrayée par le Programme de réadaptation professionnelle (PRP) du RARM, j'autorise, par la présente, toutes les institutions scolaires, tous les centres de formation ainsi que toute organisation engagée dans mon processus de réadaptation professionnelle à divulguer tout renseignement et les relevés ayant trait à mon dossier scolaire, à mon rendement scolaire, à mon assiduité ainsi qu'à ma participation aux services de réadaptation du RARM de la Manuvie.

Cette autorisation demeure valable pour la durée de l'étude de la demande de prestations et pour toute période d'indemnisation ultérieure pouvant découler de cette demande de prestations présentée en vertu du contrat susmentionné.

J'autorise par ailleurs la Manuvie ou les Services financiers du RARM et le Titulaire du contrat collectif à transmettre à un tiers tout renseignement personnel pouvant faciliter l'évaluation et la vérification de ma demande de prestations ou encore l'administration du contrat.

Les renseignements donnés dans ce formulaire sont protégés contre toute divulgation non autorisée en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels du Canada*, la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* ou autres lois provinciales équivalentes et ils vous seront fournis sur demande.

Signé à _____ ce _____^e jour de _____ 20_____.

Signature du requérant : **X**

Nom du requérant en caractères d'imprimerie :

Signature du Témoin : **X**

Nom du témoin en caractères d'imprimerie :

DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE INVALIDITÉ PROLONGÉE (AIP) DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (DMT)

DIRECTIVES

1. Le patient/requérant doit remplir la section « Identification et autorisation du patient/requérant ».
2. À titre de médecin traitant, nous vous demandons de remplir l'autre partie du formulaire et de le poster dans l'enveloppe préaffranchie ou directement à l'adresse ci-dessous :

Manuvie
Services du RARM
2727, promenade Joseph Howe
C.P. 1030
Halifax NS B3J 2X5

À NOTER :

Il incombe au patient/requérant d'assumer les frais exigés pour remplir la présente Déclaration du médecin traitant ou toute déclaration ultérieure.

ASSURANCE INVALIDITÉ PROLONGÉE (AIP) DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (DMT)

Contrat collectif n° 901102

PARTIE A — IDENTIFICATION et AUTORISATION DU PATIENT/REQUÉRANT — doit être remplie par le patient/requérant

NOM DU PATIENT/REQUÉRANT :			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom de famille	Prénom	Initiale	Date de naissance (jour/mois/année)
<input type="text"/>			
Adresse : numéro et rue			App.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ville	Province	Code postal	
Autorisation : Par la présente, j'accepte que tout renseignement exigé dans le cadre de cette demande soit communiqué à la Manuvie, aux SF RARM et au Titulaire du contrat collectif.			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Signature du patient/requérant	Numéro matricule	Date (jour/mois/année)	
À NOTER : Il incombe au patient/requérant d'assumer les frais exigés pour remplir la présente Déclaration du médecin traitant ou toute déclaration ultérieure.			

PARTIE B — DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

- Le présent formulaire a pour but :
 - de recueillir des renseignements médicaux objectifs sur les capacités fonctionnelles de votre patient;
 - de permettre à la Manuvie de concilier les déficiences du patient avec les exigences de diverses activités professionnelles.
- Les frais exigés pour remplir ce formulaire sont à la charge du patient.
- Ce formulaire nous permettra d'établir un calendrier raisonnable des demandes de mise à jour de renseignements médicaux, afin que vous receviez moins de demandes de cette nature à l'avenir.

1. DIAGNOSTIC — (Veuillez éviter les descriptions subjectives, p. ex. douleur, etc.)

Veuillez fournir une copie de toute preuve médicale pertinente (p. ex. rapport de consultation des spécialistes, d'évaluation, de sortie d'hôpital, de chirurgie) qui, selon vous, pourrait aider à clarifier l'état de santé du patient.

Diagnostic primaire actif :	<input type="text"/>
Troubles physiques actifs (autres que ceux liés à l'invalidité primaire) :	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Troubles psychologiques actifs (autres que ceux liés à l'invalidité primaire) :	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Veuillez énumérer les symptômes actifs du patient :	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Veuillez remplir la suite de la section 1. « Diagnostic » au verso.

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (DMT)

Contrat collectif n° 901102

1. DIAGNOSTIC – Suite (Veuillez éviter les descriptions subjectives, p. ex. douleur, etc.)

Veuillez énumérer de manière objective les constatations cliniques liées aux troubles actifs du patient :

Veuillez énumérer de manière objective tout résultat pertinent des enquêtes accompagné des dates correspondantes :

Prévoyez-vous diriger le patient vers un spécialiste? Oui ☐ Non ☐

Nom du spécialiste

Spécialité

Date du rendez-vous (jour/mois/année)

2. COMPÉTENCE

Le patient a-t-il la compétence nécessaire pour endosser des chèques et d'en utiliser le produit à bon escient?

Oui ☐ Non ☐

Dans la négative, depuis quelle date?

(jour/mois/année)

3. ANTÉCÉDENTS

Date à laquelle les premiers symptômes sont apparus/l'incident est survenu :

(jour/mois/année)

Date du premier traitement :

(jour/mois/année)

Le patient/requérant a-t-il cessé de travailler en raison de son état de santé?

☐ Oui ☐ Non

(jour/mois/année)

Au cours des douze mois précédant la plus récente manifestation des symptômes, le même trouble ou un trouble semblable a-t-il été diagnostiqué ou traité chez le patient? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails accompagnés de dates :

Avez-vous rempli une demande d'indemnisation auprès de la Commission des accidents du travail, du RPC ou de la RRQ, ou de tout autre régime d'assurance maladie à la suite de la plus récente absence du patient? ☐ Oui ☐ Non

Taille actuelle

Poids actuel

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (DMT)

Contrat collectif n° 901102

4. DÉFICIENCES PHYSIQUES FONCTIONNELLES ACTUELLES

- ☐ Catégorie 1 – capable d'exercer des activités professionnelles intenses
- ☐ Catégorie 2 – capable d'exercer des activités professionnelles modérées
- ☐ Catégorie 3 – capable d'exercer des activités professionnelles légères
- ☐ Catégorie 4 – capable d'exercer des activités professionnelles sédentaires
- ☐ Catégorie 5 – incapable d'exercer un emploi rémunérateur

Veuillez décrire les effets précis des troubles médicaux physiques du patient sur sa capacité actuelle de travailler :

Tâche	Aucune limitation	Durée limitée	Fréquence limitée	Limitation totale	Raison
être debout :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
être assis :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
marcher :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
soulever :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
transporter un objet :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
s'accroupir :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
grimper :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
pousser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
tirer :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
conduire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (DMT)

Contrat collectif n° 901102

5. DÉFICIENCES PSYCHIATRIQUES FONCTIONNELLES ACTUELLES

- ☐ Catégorie 1 – symptômes absents ou minimes et fonctionnement professionnel essentiellement normal
- ☐ Catégorie 2 – symptômes mineurs et dysfonction sur le plan professionnel
- ☐ Catégorie 3 – symptômes modérés et dysfonction sur le plan professionnel
- ☐ Catégorie 4 – symptômes graves et dysfonction sur le plan professionnel

Veuillez décrire les effets précis des troubles psychiatriques du patient sur sa capacité actuelle de travailler :

6. TRAITEMENT – Veuillez indiquer lesquels des traitements suivants le patient reçoit et préciser les médicaments qu'il prend à l'heure actuelle, incluant la dose, les thérapies et leur fréquence, etc.

☐ Médicament (drogue/dose)

1.
2.
3.
4.
5.
6.

☐ Physiothérapie (fréquence/clinique)

--

☐ Psychothérapie (fréquence/psychothérapeute)

--

☐ Chirurgie (type/chirurgien)

--

☐ Autre (préciser)

--

Le patient se conforme-t-il au traitement recommandé ? Oui ☐ Non ☐

Dans la négative,
veuillez fournir
une explication :

--

Veuillez préciser l'état de santé de votre patient
à la suite du traitement :

Amélioré ☐ Détérioré ☐ Aucun changement ☐ Stabilisé ☐

Commentaires : (autres traitements envisagés, résultats attendus, etc.)

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (DMT)

Contrat collectif n° 901102

7. ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ EN VUE DE LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE/DU RETOUR AU TRAVAIL

A) À votre avis, l'état de santé du patient lui permet-il de participer à un programme de réadaptation professionnelle ou de retour au travail?

B) Le patient a-t-il déjà exprimé le désir de retourner au travail? Oui ☐ Non ☐ Veuillez fournir des détails :

C) Selon vous, de quoi le patient a-t-il besoin pour retourner au travail?

☐ À son emploi

☐ À un autre emploi

D) Quelles sont les restrictions/limitations précises du patient?

8. COMMENTAIRES – Veuillez ajouter tout commentaire qui serait utile dans l'évaluation des limitations du patient ou de sa capacité à reprendre le travail

Autres commentaires :

Nous vous remercions de votre collaboration. Pour nous aider dans notre évaluation, veuillez fournir une copie des documents suivants sur le patient :
a) résultats d'examens médicaux, y compris, sans toutefois s'y limiter, les analyses sanguines, les radiographies, les ECG, les épreuves d'effort, les examens IRM, etc.;
b) les notes cliniques remontant à la première consultation pour les troubles médicaux actuels;
c) les rapports de consultation des spécialistes.

Nom du médecin traitant (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Spécialité : N° de téléphone :

Adresse :

Rue

Ville

Province

Code postal

À NOTER : Il incombe au patient/requérant d'assumer les frais exigés pour remplir la présente Déclaration du médecin traitant ou toute déclaration ultérieure.

Signature du médecin  Date : (jour/mois/année)