LA SURVIVANCE
compagnie mutuelle d'assurance vie

Réclamation pour frais para-médicaux
Professional fees claim

Déclaration de la personne assurée - Statement of insured person

Nom au complet de l'assuré(e) Full name of insured :	Police no. Policy no. :	Certificat no. Certificate no. :
Date de naissance Date of birth : J - D / M / A - Y	No. de téléphone Telephone no. :	
Adresse de l'assuré(e) Address of insured : No. / Rue - Street / Ville ou Village - City or Town / Prov. / Code postal code		

Les traitements ont-il été donnés à la suite d'un accident ? Were the treatments given as a result of an accident ? **Oui** - Yes ☐ **Non** - No ☐	**Si « oui », donnez les détails de l'accident (date, heure, endroit, cause).** If « yes » give details (date, time, place and cause).

Autorisation - Authorization

J'autorise par les présentes, tout professionnel à fournir les renseignements demandés pour cette réclamation.
I hereby authorize all professional to release the information requested with respect to this claim.

Date _____ **20** _____ **Signé** - Signed _____

Cession - Assignment

L'assuré appose sa signature ci-dessous si le paiement doit être versé directement au professionnel.
The Insured person should sign below if payment must be sent directly to the professional.

Je cède par ces présentes au professionnel sus-mentionné, les indemnités qui me sont payables ou la partie de ces indemnités qui acquittera ma note ou celle de la personne à ma charge pour cette période de traitement.

I hereby assign to the professional mentioned above, the amount or the part of the amount otherwise payable to me, for the treatments given to me or to my dependents.

Date _____ **20** _____

_____
Signature de l'assuré (Signature of the Insured Person)

Déclaration du professionnel - Statement of the professional

À faire remplir si vous présentez une réclamation pour frais de traitements

Spécialité : _____
Speciality :

Nom du patient - Patient's name	D.D.N.

Général — General

1 - Diagnostic (décrivez les complications, s'il y a lieu) - Diagnosis (describe complications, if any).

2 - Est-ce un cas concernant la C.S.S.T. ou la S.A.A.Q. ? - Is this a Health and Security Workmen's Compensation Board case or of S.A.A.Q. ? **Oui** - Yes ☐ **Non** -No ☐

3 - Radiographies - X-Ray
Date _____ **Honoraires - Fee $** _____

Honoraires — Fees

4 - Date des visites - Dates of visits

	Mo. - Mo.	A. - Y.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Bureau Office																																	

Note totale - Total Fee $: _____ **Montant par traitement -** Amount by treatment : _____

Renseignements supplémentaires Généraux — Comprehensive Major Medical

5 - Quand le patient vous a-t-il consulté la première fois pour cet état ? - When did patient first consult you for this condition ?
Date _____ 20 ____

6 - D'après votre conviction - To the best of your knowledge.

a) Quand les symptômes sont-il apparus ou l'accident eut-il lieu ? - When did symptoms first appear or accident happen ?
Date _____ 20 ____

b) Le patient a-t-il jamais été dans cet état-là ou dans un état analogue ? - Has patient ever had same or similar condition ?
Si "oui", mentionnez quand et veuillez détailler - If "yes", state when and describe.
Oui - Yes ☐
Non -No ☐

Allocation pour Perte de temps — Loss of time Benefit

S'il s'agit d'une réclamation pour invalidité, veuillez compléter cette partie.

7a- **D'après ma conviction,le patient a été totalement invalide (dans l'impossibilité de travailler)**
To the best of my knowledge, the patient has been totally disabled (unable to work)
du from _____ 20 ____ **au** to _____ 20 ____ **y compris** inclusive

b- **S'il est toujours invalide, donnez la date approximative à laquelle le patient devrait reprendre son travail**
If still disabled give approximate date patient should be able to return to work

Date _____ 20 ____

Remarques — Remarks

Date _____

_____
Nom en lettres moulées - please print

_____
Signature

_____
Adresse - Address

_____

Association : _____ # permis : _____ # téléphone : _____