

**IDENTIFICATION**

Titulaire de police:

N° de groupe

Nom de l'employé(e)

N° de certificat

Prénom

Nom de famille

1. a) Quand votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois à l'égard de cette affection ?

b) Depuis combien de temps est-il votre patient ?

2. a) Quelle est la date d'apparition des premiers symptômes de votre patient ? Quels étaient ces symptômes ?

b) Veuillez présenter l'évolution clinique et décrire brièvement les troubles et les symptômes neurologiques de votre patient, en précisant les dates auxquelles ils sont apparus et leur durée.

c) À quelle date le patient a-t-il été informé pour la première fois du diagnostic d'atteinte possible de la sclérose en plaques ?

3. Veuillez fournir :

a) Une copie du rapport d'imagerie confirmant le diagnostic.

b) Veuillez donner les noms et les adresses des autres médecins que votre patient a consultés ou des hôpitaux où il a été hospitalisé à l'égard de cet état pathologique.

c) Le nom et l'adresse du neurologue qui a confirmé le diagnostic.

4. Veuillez fournir tout autre renseignement pouvant être utile à l'évaluation de la demande de règlement de votre patient.

**\*\*\* Veuillez soumettre une copie de tout rapport de spécialiste ou tout rapport d'hôpital pour examen par notre directeur médical. \*\*\***

Notre contrat stipule qu'une maladie assurée doit être diagnostiquée par un médecin qui n'a pas de liens de parenté avec l'assuré.  
Avez-vous des liens de parenté avec votre patient ?  OUI  NON

\_\_\_\_\_  
Nom du médecin (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

\_\_\_\_\_  
Date

**Une fois terminé**

**veuillez envoyer le rapport à : Directeur Médical, The Wawanesa Life Insurance Company,  
200, rue Main, bureau 400, Winnipeg, MB R3C 1A8**