

RÉCLAMATION POUR FRAIS DE SCOLARITÉ
DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT – Tous les frais engagés pour remplir ce formulaire sont assumés par l'étudiant.

Nom et prénom de l'étudiant			N° de téléphone		
N° de groupe	N° de certificat ou n° d'étudiant	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA MM JJ		
Adresse - N°, rue, appartement		Ville	Province	Code postal	
Nom de groupe					

DÉCLARATION DU MÉDECIN OU DU DENTISTE

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée Desjardins Assurances, utilisera les renseignements contenus dans le formulaire pour déterminer l'admissibilité de votre patient à un remboursement des frais de scolarité et des frais qui y sont liés pour cause d'invalidité. Pour faciliter l'analyse et le traitement de la demande de prestations dans un temps raisonnable, il nous est très utile d'obtenir la totalité des notes cliniques à partir de la date d'invalidité, ainsi que tout rapport de consultation psychiatrique. Veuillez indiquer les raisons qui justifient votre décision de ne pas inclure cette information, s'il y a lieu.

1. DIAGNOSTIC (incluant les complications) – Pour une maladie à caractère psychiatrique ou psychologique, remplir la section 2.

1.1 Principal : _____

1.2 Secondaire : _____

1.3 Résultats : (annexer une copie des radiographies, des ECG, des données de laboratoire et des résultats de tension artérielle courants, ainsi que toute autre conclusion clinique pertinente) : _____

2. MALADIE À CARACTÈRE PSYCHIATRIQUE OU PSYCHOLOGIQUE (le cas échéant)

2.1 Quels symptômes manifestés par le patient permettent de conclure à des troubles mentaux?

2.2 Le patient est-il référé par un psychiatre? Non Oui - Nom du psychiatre : _____

2.3 Diagnostic (veuillez utiliser le critère DSM-IV) **Données à l'appui**
Décrivez les symptômes (intensité et fréquence) à l'appui de chaque axe de votre diagnostic.

Axe I : _____

Axe II : _____

Axe III : _____

Axe IV : _____

Axe V - EGF actuel : _____

3. TRAITEMENT

3.1 Date de la première visite pour l'état actuel : _____
AAAA MM JJ

3.2 Date de la dernière visite : _____
AAAA MM JJ

3.3 Fréquence des visites : Hebdomadaire Mensuelle Autre (précisez) : _____
AAAA MM JJ

3.4 Date à laquelle l'état du patient l'a empêché de se présenter en classe pour la première fois : _____
AAAA MM JJ

3.5 Date de l'admission à l'hôpital : _____ 3.6 Date du congé de l'hôpital : _____
AAAA MM JJ

3.7 Date de début des soins en clinique externe : _____ 3.8 Nom de l'hôpital : _____

VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO DU FORMULAIRE.

