

Nom de la personne assurée			Prénom de la personne assurée								
Date de naissance:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Année</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Mois</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Jour</td> </tr> </table>	_ _	_ _	_ _	Année	Mois	Jour	Sexe: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	N° de contrat	N° de client	
_ _	_ _	_ _									
Année	Mois	Jour									
			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Année</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Mois</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Jour</td> </tr> </table>			_ _	_ _	_ _	Année	Mois	Jour
_ _	_ _	_ _									
Année	Mois	Jour									

LES HONORAIRES EXIGÉS POUR REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE SONT AUX FRAIS DE LA PERSONNE ASSURÉE.

Dans tous les cas comprenant la communication de renseignements médicaux et sur la santé, les résultats de tests génétiques ne doivent en aucun cas être divulgués et acheminés.

1 Diagnostic principal: _____ Date du diagnostic :

_	_	_
Année	Mois	Jour

2 Diagnostic secondaire: _____ Date du diagnostic :

_	_	_
Année	Mois	Jour

3 Date de la dernière consultation:

_	_	_
Année	Mois	Jour

4 Raison de la consultation: _____

5 La personne assurée est-elle habituellement incapable, c'est-à-dire **sans l'aide d'une autre personne**, d'accomplir les activités de la vie quotidienne suivantes ?

5.1 Se nourrir: La capacité de consommer, avec ou sans ustensiles adaptés, des aliments et des boissons qui ont été préparés et servis par d'autres personnes. Oui Non

Début de l'incapacité (s'il y a lieu):

_	_	_
Année	Mois	Jour

Précisions: _____

5.2 Se laver: La capacité de laver son corps dans un bain (y compris entrer et sortir du bain), dans une douche (y compris entrer et sortir de la douche) ou à l'éponge, de manière à maintenir un degré d'hygiène acceptable. Oui Non

Début de l'incapacité (s'il y a lieu):

_	_	_
Année	Mois	Jour

Précisions: _____

5.3 S'habiller: La capacité de mettre ou d'enlever tous les vêtements nécessaires ainsi que tout appareil orthopédique ou chirurgical ou tout membre artificiel médicalement nécessaire. Un « vêtement nécessaire » est un vêtement qui peut être fabriqué, acheté, ou acheté et modifié, et qui est raisonnable pour la santé, le confort et la dignité de l'assuré compte tenu de l'environnement où il réside habituellement.

Oui Non

Début de l'incapacité (s'il y a lieu):

_	_	_
Année	Mois	Jour

Précisions: _____

5.4 Se déplacer: La capacité de se déplacer vers un lit, de s'y coucher et d'en sortir et la capacité de s'asseoir sur une chaise ou un fauteuil roulant et de s'en lever, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint. Oui Non

Début de l'incapacité (s'il y a lieu):

Année	Mois	Jour

Précisions: _____

5.5 Utiliser les toilettes: La capacité de se rendre aux toilettes, de s'y asseoir, de se relever, d'y effectuer son hygiène personnelle et d'en revenir. Oui Non

Début de l'incapacité (s'il y a lieu):

Année	Mois	Jour

Précisions: _____

5.6 Continence: La capacité de contrôler ses fonctions intestinales et vésicales, avec ou sans matériel de protection pour incontinence ou dispositif chirurgical, de telle sorte qu'un niveau adéquat d'hygiène est maintenu. Oui Non

Début de l'incapacité (s'il y a lieu):

Année	Mois	Jour

Précisions: _____

6 Renseignements additionnels: _____

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____ .

X

Signature du médecin traitant

Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie)

Omnipraticien Spécialiste – Précisez: _____ N° du permis d'exercice: _____

Adresse (n°, rue, ville, province)

Code postal

Ind. rég.	Téléphone

Protection des renseignements personnels

Beneva vous rappelle qu'elle accorde une grande importance à la protection de vos renseignements personnels. Pour en connaître davantage sur nos pratiques, nous vous invitons à consulter notre Énoncé de confidentialité au beneva.ca.