

Formulaire 4 – Annexe sur les indemnités d'accident légales

Nom et adresse de l'assureur				Assurance-automobile de l'Ontario Rapport médical ou psychologique			
Nom du titulaire de la police				N° de la police dont relève la demande			
Date de l'accident	Année	Mois	Jour	Date de la première visite	Année	Mois	Jour

Instructions

- Le présent formulaire doit être rempli et transmis à l'assureur dans les six semaines qui suivent votre demande d'indemnités d'accident, à moins que votre assureur ne vous informe que cela n'est pas nécessaire.
- Dans les espaces prévus au-dessus de ces instructions, le demandeur devrait indiquer le nom du titulaire de la police, le numéro de la police et les dates demandées. Le demandeur devrait également remplir la section 1.
- Le reste du formulaire est à remplir et à signer par votre médecin ou psychologue.

1	Renseignements sur le demandeur
----------	----------------------------------------

<input type="checkbox"/> M.	Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom	Date de naissance	Année	Mois	Jour
<input type="checkbox"/> Mme							
<input type="checkbox"/> Mlle							
		Ind. rég. et n° de tél. résidentiel		Ind. rég. et n° de tél. au travail			
Adresse municipale		C.P. ou route rurale				App.	
Ville ou village		Province ou État		Pays		Code postal	

Brève description de l'accident

2	Praticien traitant
----------	---------------------------

Dr ou Dre	Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom	Ind. rég. et n° de tél. au travail			
Adresse municipale				C.P. ou route rurale			Ind. rég. et n° de télécopieur
Ville ou village		Province ou État		Pays		Code postal	
<input type="checkbox"/> Médecin de famille	<input type="checkbox"/> Autre médecin (préciser)		<input type="checkbox"/> Psychologue		<input type="checkbox"/> Autre (préciser)		

3	Conclusions objectives de l'examen
----------	-------------------------------------------

Dernière date à laquelle vous avez examiné ce patient	Année	Mois	Jour				
Conclusions et limitations physiques et mentales (à des fins médicales uniquement)							
Autres limitations (psychologiques/psychiatriques)							
Quand les premiers symptômes sont-ils apparus?							
Avez-vous traité ce patient pour la même affection ou une affection semblable avant l'accident (y compris pour des affections préexistantes qui pourraient être exacerbées par la blessure actuelle)? Dans l'affirmative, indiquez quand et décrivez brièvement.							

4 Résultats d'analyses ou d'examens médicaux

(Indiquez les dates)

5 Diagnostic ou classification

Primaire

6 Plan de traitement

Examens	Oui	Non	Description
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Description
Physiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Description
Consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Description
Autres			

Plan de consultations ultérieures
 Aucune autre consultation n'est prévue Consultations ultérieures prévues le

Année Mois Jour

7 Durée de l'invalidité

Après discussion, dans quel délai estimez-vous que le demandeur pourra reprendre le travail ou ses activités normales?

8 Signature du médecin ou psychologue

Signature	Date
-----------	------

Les honoraires imposés pour le remplissage du présent formulaire ne sont pas couverts par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Ces honoraires et le coût de tout examen non pris en charge par le régime d'assurance-maladie devraient être facturés à l'assureur automobile auquel le formulaire est présenté.

La présentation d'un formulaire rempli et signé constitue une demande de paiement pour son remplissage. Aucune autre facture ne sera présentée.