RAPPORT DE BLESSURE DE HOCKEY CANADA

Se reporter au verso pour l'adresse postale

Ce formulaire doit être rempli au complet sans quoi il sera retourné. Ce formulaire doit être rempli chaque fois qu'un joueur, un spectateur ou toute autre personne assistant à une activité de hockey sanctionnée subit une blessure.

Obligatoire: La demande de règlement doit être présentée dans les 90 jours suivant la date de l'accident. Date de l'accident : __/__/__ (Jour Mois An) **OBLIGATOIRE**

PARTICIPANT BLESSÉ : ☐ Joueur ☐ Officiel d'équipe ☐ Officiel du match ☐ Spectateur

Nom : _____ Date de naissance : __/__/__ (Jour Mois An) Sexe : ☐ M ☐ F

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____ Tél. : (___) _____

Parent/Tuteur : _____

DIVISION

☐ Initiation ☐ Novice ☐ Atome
☐ Pee-wee ☐ Bantam ☐ Midget ☐ Juvénile
☐ Junior ☐ Collégial/Universitaire

CLASSE

☐ AAA ☐ A ☐ BB ☐ CC ☐ Senior ☐ Récr. adulte
☐ AA ☐ B ☐ C ☐ Junior majeur ☐ Espoir ☐ Autre _____

PARTIE DU CORPS BLESSÉE

Tête ☐ Région des yeux ☐ Visage ☐ Gorge ☐ Crâne ☐ Dents

Dos ☐ Cou ☐ Bas ☐ Haut

Tronc ☐ Côtes ☐ Abdomen ☐ Poitrine

Bras : ☐ Gauche ☐ Droit ☐ Épaule ☐ Bras ☐ Clavicule ☐ Coude ☐ Main/Doigt ☐ Avant-bras/Poignet

Jambe : ☐ Gauche ☐ Droite ☐ Tibia ☐ Autre ☐ Genou ☐ Orteil ☐ Cuisse ☐ Pied

Bassin ☐ Hanche ☐ Aine

NATURE DE LA BLESSURE

☐ Commotion ☐ Lacération ☐ Fracture
☐ Entorse ☐ Foulure ☐ Contusion
☐ Dislocation ☐ Séparation ☐ Blessure à un organe interne

SOINS SUR PLACE

☐ Soins sur place seulement ☐ A refusé les soins

☐ **Envoyé à l'hôpital en :** ☐ Ambulance ☐ Automobile

CIRCONSTANCES ENTOURANT LA BLESSURE

Nom de l'aréna/endroit : _____

_____

☐ Hors-concours/Saison régulière
☐ Éliminatoires/Tournoi
☐ Entraînement
☐ Essai
☐ Autre
☐ Échauffement
☐ 1re période
☐ 2e période
☐ 3e période
☐ Prolongation : ____
☐ Entraînement hors glace
☐ Apparition graduelle
☐ Autre sport
☐ Autre : _____

RAISON DE LA BLESSURE

☐ Frappé par une rondelle
☐ Collision contre la bande
☐ Blessure sans contact
☐ Frappé par un bâton
☐ Collision au centre de la glace
☐ Collision avec un adversaire
☐ Chute sur la glace
☐ Mise en échec par-derrière
☐ Collision avec le filet
☐ Bataille
☐ Coup sournois

Est-ce que le joueur blessé évoluait dans une ligue et une catégorie appropriées à son groupe d'âge?
☐ Oui ☐ Non

L'activité était-elle sanctionnée par Hockey Canada?
☐ Oui ☐ Non

ENDROIT

☐ Zone défensive ☐ Zone offensive ☐ Zone neutre
☐ Derrière le filet ☐ 1 m de la bande ☐ Aire des spectateurs
☐ Stationnement ☐ Vestiaire ☐ Banc
☐ Autre : _____

ÉQUIPEMENT PORTÉ LORS DE LA BLESSURE

☐ Protecteur facial complet
☐ Protecteur buccal
☐ Demi-protecteur facial/visière
☐ Protège-cou
☐ Casque sans protecteur facial
☐ Sans casque ni protecteur facial
☐ Gants courts
☐ Gants longs

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Est-ce que le joueur a déjà subi cette blessure? ☐ Oui ☐ Non

Si « OUI », il y a combien de temps?

_____

Est-ce qu'une punition a été imposée à la suite de l'incident? ☐ Oui ☐ Non

Absence prévue du hockey?
☐ 1 semaine ☐ 1-3 semaines
☐ + 3 semaines

DÉCRIRE LES CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

(annexer une feuille au besoin)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

SIGNATURE (OBLIGATOIRE)

J'autorise, par la présente, tout endroit proférant des soins médicaux, médecin, dentiste ou toute autre personne m'ayant soigné ou examiné ou ayant soigné ou examiné mon enfant, à fournir à Hockey Canada tous les renseignements relatifs à toute maladie ou blessure, tout antécédent médical, toute consultation, ordonnance ou tout traitement ainsi que des copies de tout rapport du dentiste, de l'hôpital ou du médecin. Une photocopie ou une copie électronique de cette autorisation sera réputée aussi valable que l'original.

Signé : _____
(Parent ou tuteur si moins de 18 ans)

Date : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉQUIPE

(doit être rempli par un officiel de l'équipe)

Association : _____

Nom de l'équipe :_____

Officiel de l'équipe (en caractères d'imprimerie): ___

_____

Poste de l'officiel de l'équipe :_____

Signature : _____

Date : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE-MALADIE

À REMPLIR AU COMPLET SANS QUOI LE TRAITEMENT DE LA DEMANDE SERA RETARDÉ

Occupation du participant : ☐ Employé à temps plein ☐ Employé à temps partiel ☐ Sans emploi ☐ Étudiant à temps plein

Employeur (s'il s'agit d'un mineur, indiquez l'employeur d'un parent): _____

1. Êtes-vous couvert par un régime provincial d'assurance-maladie? ☐ Oui ☐ Non Province : ____

2. Êtes-vous couvert par une autre assurance? ☐ Oui ☐ Non
(SI « OUI », PRÉSENTEZ VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT À VOTRE ASSUREUR DE PREMIÈRE LIGNE.)

3. Une demande de règlement a-t-elle été présentée? ☐ Oui ☐ Non
(SI « OUI », VEUILLEZ NOUS FAIRE PARVENIR LE SOMMAIRE DES PRESTATIONS DE VOTRE ASSUREUR DE PREMIÈRE LIGNE.)

Indemnité payable à : ☐ Personne blessée ☐ Parent ☐ Équipe ☐ Autre : _____

APPROBATION de la division

RAPPORT DE BLESSURE DE HOCKEY CANADA

DÉCLARATION DU MÉDECIN

Médecin : _____ Adresse : _____ Tél. : (___)_____

Nom de l'hôpital/de la clinique : _____

Nature de la blessure : _____

Addresse : _____

Date de la première consultation :_____

Le demandeur souffrira d'une incapacité totale :

du : _____ au : _____

La blessure est-elle permanente et incurable? ☐ Non ☐ Oui

Donnez les détails de la blessure (gravité) : _____

Pronostic de rétablissement : _____

Est-ce qu'une maladie ou blessure préexistante a contribué à la blessure actuelle? ☐ Non ☐ Oui (décrire): _____

Le demandeur a-t-il été hospitalisé? ☐ Non ☐ Oui (indiquer le nom et l'adresse de l'hôpital ainsi que la date de l'admission): _____

Nom et adresse d'autres médecins ou chirurgiens traitants, le cas échéant : _____

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts, autant que je sache.

Signé : _____ Date : _____

DÉCLARATION DU DENTISTE

Couverture maximale : 1 250 $ par dent, 2 500 $ par accident
Le traitement doit être complété dans les 52 semaines suivant l'accident.

N⁰ UNIQUE SPEC. N⁰ DE DOSSIER DU PATIENT

Patient

Nom Prénom

Adresse

Ville Province Code Postal

Dentiste

N⁰ DE TÉL.

JE CÈDE AU DENTISTE NOMMÉ DANS LA PRÉSENTE LES INDEMNITÉS PAYABLES EN VERTU DE CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT ET JE CONSENS À CE QU'ELLES LUI SOIENT VERSÉES DIRECTEMENT.

SIGNATURE DU SOUSCRIPTEUR

RÉSERVÉ AU DENTISTE – POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, LE DIAGNOSTIC, LES PROCÉDURES OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES

DUPLICATA ☐

JE RECONNAIS QUE LES FRAIS INDIQUÉS SUR CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT POURRAIENT NE PAS ÊTRE COUVERTS PAR LE RÉGIME AUQUEL JE PARTICIPE OU QU'ILS POURRAIENT N'ÊTRE COUVERTS QU'EN PARTIE. IL M'INCOMBE DONC DE VOIR À CE QUE LE DENTISTE SOIT RÉMUNÉRÉ POUR TOUS LES SOINS RENDUS.

JE RECONNAIS QUE LE TOTAL DES HONORAIRES S'ÉLÈVE À _____ $, QUE CE MONTANT EST EXACT ET QU'IL M'A ÉTÉ FACTURÉ POUR LES SOINS REÇUS.

JE CONSENS À CE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE DE RÈGLEMENT SOIENT DIVULGUÉS À L'ASSUREUR OU À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME.

SIGNATURE DU (PATIENT/TUTEUR) VÉRIFICATION DU CABINET

DATE DU TRAITEMENT JOUR/MOIS/AN	CODE DE L'ACTE	CODE INT. DE LA DENT	SURFACES DE LA DENT	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABO	TOTAL DES FRAIS
LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS S.E.O. REMARQUE : Toute indemnité est assujettie au paiement de la prime, aux dispositions du contrat et aux événements sanctionnés par Hockey Canada.						TOTAL DES HONORAIRES PRÉSENTÉS

Veuillez retourner le formulaire rempli à :

HOCKEY QUÉBEC
7450 boul. Les Galeries d'Anjou
Bureau 210
Montreal, QC H1M 3M3

Tél. : 514-252-3079
Télec. : 514-252-3158
www.hockey.qc.ca