

Rapport médical

A L'ATTENTION DU MEDECIN EXAMINATEUR

Ce rapport médical (4 pages) doit être adressé sous pli confidentiel au médecin-conseil de çaassure – CS 60021 - 118 rue Roger Mathurin – 13395 Marseille Cedex 10

Il doit être accompagné de la note d'honoraires dûment complétée dont le montant sera pris en charge par l'assureur, à concurrence d'un maximum de 4 fois le montant de la consultation conventionnée.

Les frais éventuels de déplacement ne sont pas pris en charge par l'assureur.

DOCUMENTS COMPLEMENTAIRES

Ce rapport médical doit être impérativement accompagné du questionnaire de santé

IMPORTANT

- En cas d'éventuelle(s) pathologie(s), merci de rédiger un certificat médical donnant toutes précisions nécessaires à une bonne étude du dossier et de joindre les éventuels résultats d'examens réalisés.



Nom et prénom du patient

Date de l'examen

IMPORTANT pour obtenir le remboursement joindre **l'original** des factures et/ou des notes d'honoraires,

Honoraires **réglés** par le patient

Honoraires **non réglés** par le patient le

Signature et cachet du praticien

Mentions légales

SSN, S.A.S de courtage en assurances au capital social de 100 000 € - Siège social : 118, rue Roger Mathurin - CS 60021 -13395 Marseille Cedex 10 – 434 165 551 RCS Marseille – Immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 07 002 208 (www.orias.fr) – Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L 512-6 et L 512-7 du Code des assurances – sous le contrôle de l'ACPR, - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr) – Tél. 04.88.676.676 – SSN exerce son activité en application des dispositions de l'article L 521-2 II b du Code des assurances. Réclamations : SSN/Service Réclamations, 118 rue Roger Mathurin - CS 60021 - 13395 Marseille Cedex 10 – Médiation (uniquement après échec de la réclamation) : La Médiation de l'Assurance, Pole CSCA, TSA 50110 75441 Paris Cedex 09 ou le.mediateur@mediation-assurance.org

1. DECLARATIONS DE LA PERSONNE A ASSURER recueillies et inscrites par le médecin

Nom Prénom(s) Date de naissance

Adresse Code postal Ville

Profession

IMPORTANT

Article L.113-8 du Code des assurances Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré(e), quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré(e) a été sans influence sur le sinistre

Merci de vérifier que ce rapport

- a bien été complété en totalité, en particulier que toutes les questions ont reçu une réponse claire, les traits et les mentions RAS n'étant pas considérés comme des réponses ;
- soit dûment daté et signé par la personne à assurer et vous-même (inclus l'apposition de votre cachet).

1. Etes-vous actuellement, en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé (hors congé légal de maternité)	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Dates(s)..... Causes(s).....
2. Au cours des 10 dernières années , avez-vous été en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé pendant plus de 3 semaines ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Dates(s)..... Causes(s)..... Date(s) reprise
3. Bénéficiez-vous d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Taux ou catégorie Date d'attribution..... Cause A quel titre <input type="radio"/> Régime général <input type="radio"/> Militaire <input type="radio"/> Maladie professionnelle <input type="radio"/> Accident du travail
4. Présentez-vous une infirmité ou un handicap	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Précisez..... Origine
5. Avez-vous été ou êtes-vous pris(e) en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale.....	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Motif..... Date d'attribution de la 1 ^{ère} exonération
6. Avez-vous été victime d'accidents au cours des 10 dernières années	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Date(s)
<ul style="list-style-type: none"> • Précisez nature et localisation des blessures éventuelles..... • Subsiste t'il des séquelles, et si oui, lesquelles..... 		
7. Avez-vous été hospitalisé(e) au cours des 10 dernières années	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Dates(s)..... Causes(s).....
8. Avez-vous subi des interventions chirurgicales y compris sous anesthésie locale ou par endoscopie (hormis chirurgie dentaire)	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Lesquelles Motif(s)..... Date(s)
9. Avez-vous subi un traitement par radiothérapie, laser ou chimiothérapie	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Dates(s)..... Causes(s)..... Traitement.....
10. Au cours des 12 derniers mois , avez-vous eu		
<ul style="list-style-type: none"> • plus de 3 arrêts de travail sur prescription médicale quelle qu'en soit la durée • des examens médicaux dans un autre cadre que celui de la prévention systématique (exemples : doppler, ECG, EFR, prises de sang, endoscopie, imagerie médicale, radiographie, scanner, ...) 	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Précisez..... Date(s) Date(s) Nature Causes(s)..... Résultat
11. Avez-vous suivi des traitements médicaux de plus de 21 jours au cours des 2 dernières années ou suivez-vous un traitement médical actuellement	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Dates(s)..... Nature Causes(s).....
12. Avez-vous consulté un médecin au cours des 3 derniers mois	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Dates(s)..... Causes(s).....
13. Consommez-vous des boissons alcoolisées	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Lesquelles <input type="radio"/> Vin <input type="radio"/> Bière <input type="radio"/> Apéritifs <input type="radio"/> Digestifs <input type="radio"/> Autres Quantité par jour
14. Fumez-vous..... Utilisez-vous un vapoteur (cigarette &/ou cigare &/ou pipe électronique, ...)	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Depuis quand..... Nombre de cigarettes/jour <i>et/ou</i> cigares / jour..... <i>et/ou</i> pipes par jour
15. Avez-vous fumé	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Quantité/jour Durée en années Date d'arrêt Motif

16. Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B (VHB), de l'hépatite C (VHC) dont l'un des résultats indique la mention « **positif** » Non Oui
 Lequel ou lequel(s)
 A quelle(s) date(s).....
17. A votre connaissance, devez-vous dans les **6 prochains mois** consulter un spécialiste, passer des examens médicaux, être hospitalisé(e) ou subir une intervention chirurgicale Non Oui
 Motif
 Date(s)
 Nature des examens
 Type d'intervention

AVEZ-VOUS SOUFFERT OU SOUFFREZ-VOUS D'UNE AFFECTION

18. Respiratoire ou pulmonaire (*exemples : allergie, asthme, bronchite, embolie pulmonaire, emphysème, pleurésie, pneumonie, tuberculose, ...*) Non Oui
 Laquelle
 Date d'apparition
 Nombre de crises par an.....
19. Neurologique ou cérébrale ou neuromusculaire (*exemples : anévrisme, accident vasculaire cérébral, épilepsie, fibromyalgie, sclérose en plaques, méningite, myopathie, paralysie même passagère, ...*) Non Oui
 Laquelle
 Date d'apparition
 En cas d'épilepsie, nombre de crises par an.....
20. Psychique (*exemples : anxiété, dépression nerveuse, fatigue, insomnies, stress, surmenage, trouble du comportement, ...*) Non Oui
 Laquelle
 Traitement.....
 Durée & date
21. Du cœur ou des vaisseaux (*exemples : artérite, douleurs thoraciques, hypertension artérielle, infarctus, insuffisance coronarienne, malformation, œdème, palpitations, phlébite, souffle, troubles du rythme, ...*) Non Oui
 Laquelle
 Date
22. Digestive ou hépatique (*exemples : cirrhose, colopathie, constipation, Crohn, diarrhée, diverticules, hernie hiatale, hépatite, brûlures digestives, pancréatite, parasitose, polypes, rectocolite, hémorragique, rectorragies, ulcère, ...*) Non Oui
 Laquelle
 Date
23. Rénale ou urinaire (*exemples : albuminurie, calculs, coliques néphrétiques, dialyse, hématurie, kystes rénaux, néphrite, ...*) Non Oui
 Laquelle
 Date
24. Rhumatismale inflammatoire (*exemples : pelvi spondylite, polyarthrite rhumatoïde, rhumatisme psoriasique, spondylarthrite, ...*) Non Oui
 Laquelle
 Date
25. Ostéo-articulaire (colonne vertébrale ou autres articulations) (*exemples : algodystrophie, arthrose, hernie discale, lombalgies, ostéoporose, prothèse, rupture ligamentaire, sciatique, scoliose, tassement vertébral, ...*) Non Oui
 Laquelle
 Date
26. Endocrinienne ou du métabolisme (*exemples : affection de la thyroïde, cholestérol, diabète, dyslipidémie, goutte, ...*) Non Oui
 Laquelle
 Date
27. Sanguine ou ganglionnaire (*exemples : adénopathies, anémie, hémochromatose, hémophilie, leucémie, polyglobulie, splénomégalie, troubles de la coagulation, ...*) Non Oui
 Laquelle
 Date
28. Cutanée (*exemples : eczéma, herpès, kyste, lupus, mycose, nævus, psoriasis, purpura, zona, ...*) Non Oui
 Laquelle
 Date
29. Des yeux ou ORL (*exemples : cataracte, glaucome, laryngite, otite, rétinopathie, sinusite, vertiges, ...*) Non Oui
 Laquelle
 Date

QUESTIONS RESERVEES AUX PERSONNES DU SEXE FEMININ

30. Avez-vous été ou êtes-vous atteinte d'une affection génitale et/ou mammaire Non Oui
 Laquelle
 Date de la dernière consultation
31. Avez-vous subi une mammographie ou une échographie pelvienne Non Oui
 Mammographie Echographie – Motif
 Date(s) et résultat (**le joindre**)
32. Êtes-vous enceinte..... Non Oui
 Grossesse normale Non Oui
 De combien de mois.....
 Césarienne prévue Non Oui

Les données personnelles concernant votre santé sont traitées dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée. Vous en acceptez expressément le recueil et le traitement nécessaires à la gestion de votre adhésion et de vos garanties. Ces données sont traitées dans le respect du secret médical. Elles sont exclusivement destinées au médecin-conseil de l'assureur et à son service médical. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en vous adressant par courrier postal accompagné d'une photocopie d'une pièce d'identité au médecin-conseil de l'assureur - Service Médical Collectives – Immeuble Michelet – 4-8 Cours Michelet – 92082 La Défense Cedex.

Je soussigné(e) Docteur
 certifie avoir lu à la personne à assurer l'ensemble des questions du présent questionnaire et avoir exactement inscrit en face de chaque question la réponse qu'elle y a apportée, atteste que la signature de M .
 a été apposée en ma présence.
 A le.....
 Signature et cachet du médecin examinateur

Je soussigné(e) M
 certifie que les réponses au présent questionnaire ont été inscrites en ma présence et qu'elles sont exactement celles que j'ai apportées aux questions posées, Je sais que mes déclarations exactes et sincères servent de base à mon adhésion au contrat.
 A le.....
 Signature de la personne à assurer

3. EXAMEN MEDICAL

Nous vous demandons d'avoir l'obligance de ne communiquer à la personne à assurer aucun avis qui puisse préjuger de la décision de l'assureur.

1. ASPECT GENERAL

Taille..... cms & Poids kgs

- Variation de poids au cours de la dernière année Non Oui Amaigrissement _____ kgs Prise de poids _____ kgs Causes(s)
- Périmètre thoracique Non Oui En inspirationcm En expiration..... cm
- Circonférence Non Oui Omphalique cm
Hanches..... cm
- Présence de lésions cutanées (Exemples : nævi, grains de beauté suspects...) ou de cicatrices Non Oui Précisions
- Signes d'alcoolisme ou d'intoxications diverses Non Oui Lesquel(s)

2. SYSTEME NERVEUX ET MUSCLES

- Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie Non Oui Laquelle

3. PSYCHIATRIE

- Y a-t-il des troubles du comportement ou du raisonnement ou de la thymie ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ou neuropsychique Non Oui Lesquel(s)

4. ORGANES SENSITIFS

- Existence d'un trouble ou défaut de la vue Non Oui Lequel.....
Avant correction OD OG
Après correction OD Avec dioptries
OG Avec dioptries

- Baisse de l'acuité auditive Non Oui Unilatérale Bilatérale Totale Partielle
- Autre affection des oreilles Non Oui Laquelle

5. APPAREIL RESPIRATOIRE

- Votre examen met-il en évidence une anomalie Non Oui Laquelle

6. APPAREIL CARDIOVASCULAIRE

- Existence d'une anomalie à l'auscultation cardiaque Non Oui Laquelle
- Existence d'une anomalie à l'auscultation des troncs artériels (*carotides, axes iliofémoraux*) Non Oui Laquelle
- Existence de troubles du rythme Non Oui Lesquels.....
- Existence d'une anomalie à la palpation des pouls périphériques Non Oui Précisez
- Troubles du système veineux œdèmes, troubles trophiques Non Oui Lesquels.....
- Tension artérielle Non Oui Systolique droiteDiastolique droite.....
Systolique gaucheDiastolique gauche
Tension artérielle traitée Non Oui
Si oui, nature du traitement.....
- Si vous constatez une hypertension artérielle, merci d'effectuer un contrôle après repos Non Oui Systolique droiteDiastolique droite.....
Systolique gaucheDiastolique gauche
Fréquence du poulsmn

7. APPAREIL DIGESTIF ET ANNEXE

- La bouche et la gorge ont-elles un aspect pathologique Non Oui Lequel.....
- La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique Non Oui Lequel.....
- Présence d'une hépatomégalie Non Oui De combien de cm.....
Consistance
- Présence d'une splénomégalie Non Oui Palpable sur cm
- Existence d'une hernie ou d'une éventration Non Oui Description

8. ETAT DES OS ET DES ARTICULATIONS

- Anomalies au niveau des os, des articulations, de la colonne vertébrale (*déformation, Lasègue, mobilité, signes inflammatoires, ...*) Non Oui Lesquelles.....

9. GLANDES ENDOCRINES

- Signes de dysfonctionnement Non Oui Lesquels
- Existence d’anomalies à la palpation Non Oui Lesquelles.....

10. GANGLIONS LYMPHATIQUES

- Existence d’anomalies à la palpation Non Oui Lesquelles.....

11. APPAREIL GENITO-URINAIRE

- Résultats de l’examen des urines effectué par vos soins par bandelette
(tout échantillon amené par la personne à assurer est à jeter)

Protéines	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Sucre	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
Leucocytes	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Sang	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui

- Existence d’une anomalie à la palpation des reins Non Oui Laquelle.....

- Existence d’une anomalie des seins ou des testicules Non Oui Laquelle.....

- 12. En tant que médecin examinateur, connaissez-vous la personne examinée Non Oui Si oui, à quel titre
- Si non, **vérification d’identité obligatoire** Carte d’identité Passeport

- 13. Nom et adresse du médecin traitant
-
-
-

OBSERVATIONS EVENTUELLES

.....

.....

.....

.....

Fait à.....

Signature et cachet du médecin examinateur

Le.....