

Nom et prénom du proposant :

Date de naissance :

Téléphone :

Niveau de formalités médicales requis :

Référence Partenaire :

Bureau :

CACHET DE L'INTERMEDIAIRE



FORMALITES MEDICALES REQUISES POUR L'ADHESION A L'ASSURANCE COLLECTIVE DES EMPRUNTEURS A COMPTER DE JANVIER 2017

Dans le cadre de votre demande de contrat de financement, vous devez vous soumettre à des formalités médicales. Vous pouvez les effectuer à votre initiative et joindre un dossier comportant l'ensemble des éléments requis lorsqu'ils seront en votre possession. Le dossier sera alors traité en priorité à son arrivée.

NOUS VOUS RECOMMANDONS

d'utiliser l'enveloppe pré-imprimée et confidentielle disponible auprès de votre intermédiaire préservant ainsi la confidentialité des informations transmises au service médical. A défaut, vous pouvez envoyer les documents à l'adresse suivante :

Service Médical Tarification - Assurances de Personnes - 46 rue Jules Méline - 53098 LAVAL CEDEX 09 en indiquant "Lettre confidentielle" sur l'enveloppe.

LISTE DES FORMALITES MEDICALES

Age à l'adhésion* Niveau de Formalités médicales**	Jusqu'à 45 ans	De 46 à 65 ans	Au-delà de 65 ans
Niveau 1 : 0 à 200.000 €	DES + QS en cas de réponse positive à la DES	DES + QS en cas de réponse positive à la DES	QS
Niveau 2 : 200.001 à 250.000 €	QS en cas de réponse positive à la DES	QS	QS Analyses 1
Niveau 3 : 250.001 à 500.000 €	QS + EM Analyses 1	QS + EM Analyses 2	
Niveau 4 : 500.001 à 1.000.000 €	QS + EM Analyses 2 Cardio 1	QS + EM Analyses 4 Cardio 2	
Niveau 5 : au-delà de 1.000.000 €	QS + EM Analyses 3 Cardio 2 Formalités financières	QS + EM Analyses 4 Cardio 2 Formalités financières	

* l'âge à l'adhésion se calcule par différence entre année d'adhésion et année de naissance

** montant : encours total des prêts (capital du présent prêt + solde des capitaux déjà assurés)

DES : déclaration d'état de santé figurant sur le bulletin d'adhésion

QS : questionnaire de santé réf. 16.02.43. sur 4 pages

QS + EM : questionnaire de santé + examen médical réf. 16.02.43. sur 6 pages

Analyses 1 : analyse de sang comprenant le cholestérol, les triglycérides, la glycémie, un test sérologique de recherche des anticorps VIH 1 et 2 de moins de 6 mois.

Analyses 2 : analyse de sang comprenant la glycémie, le cholestérol avec fraction HDL et les triglycérides, la créatinine, l'acide urique, les transaminases ASAT et ALAT et Gamma-GT, un test sérologique de recherche des anticorps VIH 1 et 2 de moins de 6 mois, un test de recherche des marqueurs des hépatites B et C suivants : Hépatite B (Ag Hbs et Ac anti Hbc total), Hépatite C (Ac anti-VHC) un dosage des PSA pour les proposants masculins de plus de 45 ans.

Analyses 3 : analyses 2 sans PSA + numération formule sanguine, plaquettes, vitesse de sédimentation + analyse des urines avec examen cytotobactériologique, numération des germes, leucocytes, érythrocytes, recherche de l'albuminurie et cotininurie qualitative/quantitative > 200ng/ml.

Analyses 4 : analyses 3 + dosage des PSA pour les proposants masculins.

Une copie des examens biologiques doit être adressée au médecin traitant du patient.

Cardio 1 : une copie du compte rendu d'un électrocardiogramme au repos à douze dérivations.

Cardio 2 : Cardio 1 + une copie du compte rendu d'un électrocardiogramme d'effort avec ergométrie (sauf contre indication) accompagné d'un rapport détaillé du cardiologue sur l'état cardio-vasculaire. Il est inutile de repasser un électrocardiogramme d'effort, si celui-ci a moins d'un an.

Formalités financières : les documents sont disponibles auprès de votre intermédiaire.

IMPORTANT

Lorsque vous vous rendez chez le médecin, vous devez :

- être en possession des imprimés comportant les références du dossier remis par votre intermédiaire (examen médical, détail des examens biologiques...)
- être à jeun en cas d'analyse de sang.
- être en possession d'une pièce d'identité.

Si vous déclarez une opération (**), nous vous invitons à joindre une copie du compte-rendu opératoire, une copie du compte-rendu histologique ou anatomo-pathologique éventuel et les résultats des derniers contrôles à demander à votre médecin traitant.

(**) opérations non concernées : appendicite, amygdales, végétations, hernie ombilicale, inguinale ou discale, extraction des dents de sagesse.

Toutefois, en cas de hernies, il y a lieu de préciser le type de hernie et la date de l'intervention.

REMBOURSEMENT DES FRAIS MEDICAUX

Les frais d'examens médicaux engagés seront remboursés par l'assureur, dans la limite du tarif conventionnel de la Sécurité Sociale, dans les cas suivants :

- Lorsque l'adhésion est effective
- Lorsque l'adhésion est refusée par l'assureur
- Lorsque l'adhésion est proposée par l'assureur à des conditions particulières (surprime, exclusion)

Le correspondant médical devra IMPERATIVEMENT indiquer son numéro de SIRET et son I.B.A.N. sur les documents fournis.

En revanche, les frais restent à votre charge dans les cas suivants :

- Les examens pratiqués n'ont pas été demandés par l'assureur.
- Vous ne donnez pas suite à la demande d'adhésion pour un motif autre que celui cité au premier paragraphe.

AERAS

Pour faciliter l'accès au plus grand nombre, les assureurs, établissements de crédits, associations de malades et de consommateurs et les pouvoirs publics ont conclu la convention "AERAS" proposant des solutions adaptées.

Nous appliquons les dispositifs prévus par "AERAS" et, le cas échéant, nous transmettons votre dossier à la commission mise en place à cet effet. N'hésitez pas à demander le dépliant "AERAS" auprès de votre interlocuteur habituel, ou sur internet à l'adresse suivante : **www.lesclesdelabanque.com**.

RESEAU ARM

Nous vous recommandons d'effectuer les examens médicaux avec le concours de la société A.R.M. (Analyse du Risque Médical) si l'encours de votre dossier dépasse 500.000 €.

Les avantages :

- un seul rendez-vous pour l'ensemble des examens
- un seul déplacement
- pas d'honoraires à verser

Pour connaître le lieu dans lequel la totalité de votre bilan pourra être réalisée, appelez-le : 09 70 72 72 72

NOM : Réf. Partenaire :

Prénom : Adresse :

Date de naissance : Profession :

Merci de répondre à toutes les questions. Un questionnaire de santé incomplet sera retourné et entraînera un délai de traitement plus long. En cas de réponse(s) positive(s), le service médical se réserve le droit de demander des renseignements complémentaires, par retour de courrier. Veuillez répondre avec exactitude à toutes les questions car vos réponses vous engagent. Vous pouvez compléter votre questionnaire seul soit sur place soit à votre domicile.

Les documents sont destinés au :

Service Médical Tarification - Assurance de Personnes - 46 rue Jules Méline - 53098 LAVAL CEDEX 9

Si vous avez choisi la voie postale, indiquez « lettre confidentielle » sur l'enveloppe ou utilisez celle disponible auprès de votre conseiller.

Vous pouvez bénéficier des dispositions du « droit à l'oubli » d'un ancien cancer :

Si vous avez été atteint d'un cancer, vérifiez que vous êtes dans l'une des deux situations ci-dessous pour savoir si vous pouvez bénéficier des dispositions du « droit à l'oubli » :

- **le cancer a été diagnostiqué à compter de votre 18ème anniversaire**, la date de fin du protocole thérapeutique* remonte à plus de 10 ans et vous n'avez pas eu de rechute**
- **le cancer a été diagnostiqué avant votre 18ème anniversaire**, la date de fin du protocole thérapeutique* remonte à plus de 5 ans et vous n'avez pas eu de rechute**

Pour ces deux situations, vous n'avez pas à déclarer cet antécédent de maladie cancéreuse dans vos formalités médicales et **bénéficiez d'une assurance sans aucune réserve concernant cet antécédent**. Toutefois, si vous transmettiez l'information, le service médical de l'assureur s'engage à ne pas la prendre en compte dans son évaluation du risque.

LEXIQUE

* **Ce que l'on entend par « date de fin du protocole thérapeutique »** : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

** **Ce que l'on entend par « rechute »** : il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.

La grille de référence AERAS complète ce dispositif pour certaines affections.

Cette grille de référence liste les affections et les délais au-delà desquels aucune majoration de tarifs ou d'exclusion de garantie ne sera appliquée par l'assureur.

Ainsi, les affections visées dans cette grille doivent **faire l'objet d'une déclaration** dans le cadre de vos formalités médicales.

L'assureur s'engage à respecter les dispositions de la convention AERAS et de la grille de référence.

Pour plus de renseignements sur ces sujets, vous êtes invité(e) à consulter la rubrique « Droit à l'oubli » sur le site officiel de la convention AERAS : www.aeras-infos.fr

Si j'ai souhaité bénéficier des facilités d'un réseau partenaire de l'assureur pour effectuer les examens médicaux; afin de faciliter et accélérer le traitement de ma demande, j'autorise expressément le médecin examinateur qui aura rassemblé l'ensemble des documents médicaux me concernant dans le cadre de ma demande d'adhésion, à les transmettre au service médical de l'assureur via les services du réseau partenaire qui m'a mis en relation avec le médecin examinateur.

Coordonnées de votre médecin traitant : (A COMPLETER)

NOM..... Prénom.....

Adresse..... Code postal..... Ville.....

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

QS page 2/4 ou 2/6

1	Votre taille : cm Votre poids habituel : kg														
2	Votre tension artérielle habituelle/..... Suivez-vous actuellement un traitement pour la tension artérielle ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, depuis quand : Médicaments :												
3	Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui												
4	Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants ? (drogues)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, jusqu'à <input type="checkbox"/> En cours Lesquels :												
5	Êtes-vous actuellement pris en charge à 100% au titre d'une Affection de Longue Durée (ALD) pour raison médicale par un organisme de Sécurité Sociale ou un autre régime obligatoire de base ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, pourquoi : Depuis quand :												
6	Êtes-vous actuellement en arrêt partiel ou total de travail par suite de maladie ou d'accident? (hors affections saisonnières suivantes : grippe, rhume, angine, gastro-entérite, otite)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, pourquoi : Depuis le :												
7	Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail partiels ou totaux par suite de maladie ou d'accident de plus de 3 semaines consécutives au cours des 5 dernières années?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <table border="1"> <thead> <tr> <th>Motifs :</th> <th>Date début</th> <th>Durée</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> </tbody> </table>	Motifs :	Date début	Durée
Motifs :	Date début	Durée													
.....													
.....													
.....													
8	Avez-vous une affection congénitale ou avez-vous eu une amputation ?		<input type="checkbox"/> Oui, laquelle : Depuis :												
9	Êtes-vous titulaire ou dans l'attente de l'attribution d'une pension, rente ou allocation au titre de l'incapacité au travail ou d'une invalidité y compris l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, laquelle Depuis le : Taux : % Demande en cours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Motif :												
10	Suivez-vous actuellement un traitement prescrit médicalement ? (hors tension artérielle, contraception et hors affections saisonnières suivantes : grippe, rhume, angine, gastro-entérite, otite)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <table border="1"> <thead> <tr> <th>Traitements :</th> <th>Depuis</th> <th>Affection</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> </tbody> </table>	Traitements :	Depuis	Affection
Traitements :	Depuis	Affection													
.....													
.....													
.....													
11	Recevez-vous des soins prescrits médicalement ? Kinésithérapie, ergothérapie, soins infirmiers, orthophonie, psychomotricité (la liste proposée ci-dessus est donnée à titre d'exemple et n'est pas complète)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <table border="1"> <thead> <tr> <th>Soins :</th> <th>Depuis</th> <th>Affection</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> </tbody> </table>	Soins :	Depuis	Affection
Soins :	Depuis	Affection													
.....													
.....													
.....													
12	Avez-vous ou avez-vous eu, au cours des 10 dernières années, un traitement par iode radioactif, laser, chimiothérapie, radiothérapie ou hormonothérapie ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui Affection : Type de traitement : Début : Fin : <input type="checkbox"/> En cours												
13	Avez-vous été accidenté(e) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, quand : Nature des lésions :												

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

QS page 3/4 ou 3/6

14	Avez-vous eu un traumatisme crânien ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, sans coma ou sans perte de connaissance <input type="checkbox"/> Oui, le avec coma d'une durée de <input type="checkbox"/> Oui, le avec perte de connaissance initiale								
15	Bénéficiez-vous d'un suivi psychologique ou psychiatrique ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, depuis Motif : À quelle fréquence ? Type de praticien :								
16	Avez-vous ou avez-vous eu, au cours des 10 dernières années, une anomalie de la glycémie (taux de sucre, diabète) ou une anomalie du cholestérol et/ou triglycérides ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui Taux glycémie : g/l HBA 1C : % Cholestérol : g/l Triglycérides : g/l								
17	Avez-vous ou avez-vous eu, au cours des 10 dernières années, quelle que soit la fréquence, une affection nécessitant ou ayant nécessité un traitement, des consultations de suivi, des contrôles biologiques ou par imagerie ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, pour : (les listes proposées ci-dessous sont données à titre d'exemple et ne sont pas complètes) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Une maladie cardiaque : maladie des coronaires, infarctus du myocarde, stent, troubles du rythme ou de la conduction, valvulopathie, greffe ? <input type="checkbox"/> Une maladie des vaisseaux (artères et / ou veines) : insuffisance veineuse, phlébite, embolie pulmonaire, artérite ? <input type="checkbox"/> Une maladie neurologique ou des muscles : AIT, AVC, sclérose en plaques, épilepsie, myopathie, sclérose latérale amyotrophique, myasthénie, maladie de Parkinson ? <input type="checkbox"/> Une maladie de la colonne vertébrale : arthrose, lombalgies, sciatique, spondylarthrite ankylosante, hernie discale ? <input type="checkbox"/> Une maladie des os ou des articulations : arthrose, polyarthrite, fibromyalgie, prothèse articulaire ? <input type="checkbox"/> Une atteinte psychique ? <input type="checkbox"/> Une maladie de l'appareil respiratoire : asthme, emphysème, bronchite chronique, syndrome d'apnées du sommeil, tuberculose, sarcoïdose ? <input type="checkbox"/> Une maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'œil : DMLA, glaucome, cécité, surdité, vertiges ? <input type="checkbox"/> Une maladie de l'appareil endocrinien (thyroïde, parathyroïde, surrénales, pancréas, hypophyse) ? <input type="checkbox"/> Une maladie de l'appareil digestif ou des parois de l'abdomen : maladie de l'œsophage, de l'estomac, du foie ou des voies biliaires, maladie de Crohn, rectocolite ulcéro-hémorragique, diverticulite ? <input type="checkbox"/> Une maladie de l'appareil urinaire (reins, uretère, vessie) et/ou de l'appareil génital : coliques néphrétiques, néphropathie, <input type="checkbox"/> Une affection mammaire ? <input type="checkbox"/> Une maladie tumorale ? <input type="checkbox"/> Une maladie du sang ? <input type="checkbox"/> Une maladie de la peau ? <input type="checkbox"/> Une maladie infectieuse ou parasitaire ? <input type="checkbox"/> Une maladie sexuellement transmissible ou une atteinte par le VIH (immunodéficience humaine) ? Pour chaque case cochée, merci de compléter : Affection : Date 1 ^{ers} symptômes : Date de fin : <input type="checkbox"/> En cours Affection : Date 1 ^{ers} symptômes : Date de fin : <input type="checkbox"/> En cours Affection : Date 1 ^{ers} symptômes : Date de fin : <input type="checkbox"/> En cours Affection : Date 1 ^{ers} symptômes : Date de fin : <input type="checkbox"/> En cours Affection : Date 1 ^{ers} symptômes : Date de fin : <input type="checkbox"/> En cours										
18	Au cours des 5 dernières années, avez-vous été hospitalisé pour maladie ou accident ou pour subir une intervention chirurgicale, y compris en ambulatoire ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui : <table border="0"> <thead> <tr> <th>Motifs :</th> <th>Quand</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>	Motifs :	Quand
Motifs :	Quand										
.....										
.....										
.....										

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

QS page 4/4 ou 6/6

19	Une hospitalisation y compris en ambulatoire est-elle prévue dans les 6 prochains mois ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui : Motifs : Quand
20	Au cours des 5 dernières années, avez-vous effectué un ou plusieurs des examens suivants ayant révélé des anomalies : - tests sanguins - examens spécifiques ou autres investigations : radiographie, échographie, scanner, IRM, doppler, artériographie, endoscopie digestive ou bronchique, scintigraphie, électromyogramme, électroencéphalogramme, arthroscopie, polysomnographie, PET scan ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, quand Quelle(s) anomalie(s) ? Joignez les copies des comptes rendus d'investigations ou des résultats du test sanguin sauf en cas d'amygdalite, de végétations, d'une hernie ombilicale, inguinale ou discale, de dents de sagesse
21	Avez-vous effectué une mammographie ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, quand Résultats : <input type="checkbox"/> Sans anomalie ou classification ACR1 / ACR2 <input type="checkbox"/> Autres résultats, alors joignez la copie du compte rendu

J'ai pris connaissance que les informations relatives au suivi de mon dossier me seront communiquées par SMS si mon numéro est enregistré dans mon espace client Banque à Distance.

Je certifie que les réponses consignées ci-dessus sont complètes et sincères et que je n'ai rien dissimulé. Conformément à l'article L113.8 du Code des Assurances, toute fausse déclaration intentionnelle de ma part entraînerait la nullité de l'assurance.

Fait à

Le ____ / ____ / ____

Signature de la personne à assurer :

Art. L.113-8 - le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, 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 a été sans influence sur le sinistre.

Informatique et libertés (loi n° 78-17 du 06.01.78 modifiée par la loi n° 2004-801 du 06.08.04).

Les informations personnelles recueillies au travers de ce formulaire et des demandes de renseignements ou de pièces complémentaires font l'objet d'un traitement principalement pour les finalités suivantes : étude de la proposition d'assurance et évaluation des risques, tarification, gestion des prestations, prévention de la fraude et respect des obligations légales. A ces mêmes fins, les informations recueillies pourront être transmises à nos sous-traitants missionnés et réassureurs, dans le respect de la confidentialité médicale. Un défaut de réponse de votre part ne nous permettrait pas de poursuivre l'instruction de votre demande. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de mise à jour de vos données personnelles. Vous pouvez exercer ces droits en nous adressant un courrier à l'adresse suivante : Service Médical Tarification – Assurances de Personnes – 46 rue Jules Méline – 53098 LAVAL CEDEX 9. Les informations recueillies au travers de ce formulaire ne sont aucunement utilisées à des fins de prospection

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

QS page 5/6

PARTIE A COMPLETER PAR LE MEDECIN

Partie transmise par la personne à assurer au médecin qui se chargera de répondre à toutes les questions et de commenter les anomalies constatées.

			(si oui, complétez)	
22	A) Etes-vous le médecin traitant de la personne à assurer ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Depuis quand.....
	B) Vous êtes-vous assuré de son identité ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Comment.....
23 CONSTITUTION				
A) Taille.....cm (résultat de la mensuration)			IMC.....	
B) Poids.....kg (résultat de la pesée)				
24 GÉNÉRALITES			(si oui, préciser)	
A) Anomalies congénitales ?		<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
B) malformations ?		<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
25 HABITUDES			(si oui, préciser)	
A) Mode de vie néfaste à la santé ?		<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
B) Signes suggérant un comportement addictif ?		<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
26 SYSTEME ENDOCRINIEN ET METABOLISME			(si oui, préciser)	
Anomalie éventuelle?		<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
27 PSYCHIATRIE			(si oui, préciser)	
Troubles du comportement ou signes évocateurs d'une affection psychiatrique ?			
28 SYSTEME NERVEUX ET MUSCLES			(si oui, préciser)	
Symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou myopathie ?		<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
29 ORGANES SENSITIFS			(si oui, préciser)	
A) Affection de l'appareil auditif ?		<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Laquelle..... D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
B) Affection des yeux ?		<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Laquelle..... OD <input type="checkbox"/> OG <input type="checkbox"/>
30 APPAREIL CARDIOVASCULAIRE			(si oui, préciser)	
A) Troubles du rythme ?		<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
B) Bruits du cœur pathologiques ?		<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI Intensité.....
C) Souffle cardiaque ?		<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> systolique, siège ?..... Intensité..... <input type="checkbox"/> diastolique, siège ?..... Intensité..... Irradiation.....
Organicité ?		<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Diagnostic.....
D) Anomalie des pouls périphériques et carotidiens ?		<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Siège..... <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche Cause..... Importance.....
E) Troubles du système veineux, varices, œdème, troubles trophiques ?		<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Lesquels ?..... Importance.....
F) Tension artérielle Systolique..... Diastolique..... Non traitée <input type="checkbox"/> Traitement et date..... Fréquence du pouls..... / mn Si les chiffres tensionnels sont supérieurs à 15/9 ou la fréquence du pouls supérieure à 90, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen, après repos. Contrôle éventuel : systolique..... diastolique..... Pulsation...../mn				
31 APPAREIL RESPIRATOIRE			(si oui, préciser)	
A) Anomalie auscultatoire ?		<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
B) Examen radiologique ?		<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Résultat.....
C) Pathologie sinusienne ou pharyngée ?		<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	



602431000

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

QS page 6/6

32	APPAREIL DIGESTIF			(si oui, préciser)
	A) Pathologie de l'appareil digestif ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	B) Organomégalie ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> hépatomégalie..... <input type="checkbox"/> splénomégalie..... Cause.....
	C) Hernie, éventration ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Siège..... bilatéral <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
	D) Un test de dépistage des cancers recto-coliques a-t-il été effectué ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Date..... Résultat.....
33	APPAREIL UROGENITAL			(si oui, préciser)
	A) Examen d'urine Albumine ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	dosage éventuel.....g/l
	(l'urine doit être Sucre ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	dosage éventuel.....g/l
	émise chez le Sang ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	médecin) Leucocytes ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	Autres substances anormales ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	B) Affection des organes génitaux ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	C) Affection des seins ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
34	PEAU			(si oui, préciser)
	A) Affection de la peau ou des phanères ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
35				(si oui, complétez)
	ADENOPATHIES	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Topographie..... Consistance.....
36	OS, ARTICULATION ET TISSU CONJONCTIF			Laquelle ? Depuis quand ? Séquelles ?
	A) Affection osseuse	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	B) Affection articulaire			
	a) proximales	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	b) intermédiaires	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	c) distales	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	C) Affection rachidienne	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	D) Maladie des tissus mous et conjonctifs	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	E) Chirurgie ostéo-articulaire	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
37	CONCLUSION			(si oui, préciser)
	A) Estimez-vous que l'état de santé de cette personne est altéré ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	B) Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	C) Remarques spéciales et suggestions :	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	

Veuillez éviter, à l'égard de la personne à assurer, toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'assureur.
Ne joignez pas de note d'honoraires, nous réglerons sur la base de ce document. Veuillez ne pas faire payer la personne à assurer.

Afin de permettre le remboursement, merci d'indiquer **IMPÉRATIVEMENT** votre n° SIRET :

Votre IBAN : Vous pouvez joindre un relevé IBAN.

Montant des honoraires (*) : € (* en conformité avec les pratiques usuelles d'un maximum de 3 C)

Honoraires acquittés par la personne à assurer ? ☐ OUI ☐ NON

Fait à..... Le...../...../.....

Cachet et signature du médecin