

[PARTICULIERS]

rapport médical

Rapport médical



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.

[RAPPORT MÉDICAL]

Madame, Monsieur,

Dans certains cas, la souscription à un produit de prévoyance d'APRIL Santé Prévoyance nécessite des formalités médicales. Celles-ci sont définies sur chacune des notices produits. Vous pouvez faire pratiquer la visite médicale et les examens réclamés auprès d'un médecin de votre choix.



Toutes les rubriques du rapport médical doivent être complétées par votre médecin afin que celui-ci puisse être analysé par notre Médecin Conseil. Merci de répondre à chacune des questions posées, et d'apporter les précisions demandées si vous avez répondu pas la positive. En effet, le défaut de réponse à l'une des questions pourrait entraîner un délai supplémentaire pour l'étude de votre dossier.

A compléter par l'assureur-conseil

Assuré(e) : Nom : Prénom :

<p>Cachet de l'assureur-conseil</p> <p>n° : <input type="text"/></p>

Les frais d'examens médicaux engagés par l'assuré seront remboursés par APRIL Santé Prévoyance une fois l'adhésion effective.

Ils seront également remboursés dans les cas suivants :

- En cas de refus de la part d'APRIL Santé Prévoyance,
- En cas de proposition d'adhésion sous conditions de la part d'APRIL Santé Prévoyance.

En revanche, les frais resteront à la charge de l'assuré dans les cas suivants :

- Les examens pratiqués n'ont pas été sollicités par APRIL Santé Prévoyance,
- L'assuré ne donne pas suite à sa demande d'adhésion pour un motif autre que ceux exprimés dans le premier paragraphe.

Note d'honoraires

Remboursement à l'assuré

Honoraires dus à M. le Docteur

Adresse :

Précisez le mode de paiement désiré (si virement choisi, merci de joindre un RIB) :

pour l'examen de M. Montant : €

Le présent rapport médical ne fera l'objet de remboursement d'honoraires par APRIL Santé Prévoyance que s'il est bien prévu au tableau des formalités médicales. Le remboursement maximal s'effectuera sur la base de 5C.

Date, cachet et signature





ASSURANCES AVEC EXAMEN MÉDICAL

n° adhérent :

RAPPORT MÉDICAL DE M. LE DOCTEUR

Entretien avec la personne à assurer

Déclarations de la personne à assurer recueillies et rédigées par le médecin examinateur. Le médecin est prié d'inscrire lui-même les réponses, de cocher les cases correspondantes et de compléter les rubriques lorsqu'un commentaire est souhaité. Si les réponses ont été consignées antérieurement, le médecin est invité à les revoir avec la personne à examiner.



Merci de répondre à chacune des questions posées par une croix dans chaque case.

1 Identité	
1.1	Nom et prénom (suivi s'il y a lieu du nom d'époux) :
1.2	Date et lieu de naissance : <input type="text"/>
1.3	Domicile :
1.4	Profession (avec détails) : Actuelle : Antérieure :
1.5	Avez-vous séjourné ou résidé à l'étranger ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui : Où ? Quand ? Durée du séjour ? But ?
1.6	Envisagez-vous de le faire au cours des 12 prochains mois ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui : Où ? Quand ? Durée du séjour ? But ?
2 Habitudes de vie	
2.1	Consommez-vous des boissons alcoolisées ? Quantité par jour ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> vin <input type="checkbox"/> bière <input type="checkbox"/> apéritif <input type="checkbox"/> alcool cl cl cl cl
2.2	Fumez-vous ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> cigarettes <input type="checkbox"/> cigares <input type="checkbox"/> pipes Quantité en paquets par année : Date de début de la consommation tabagique : <input type="text"/>
2.3	Etiez-vous fumeur ? Donnez des précisions sur la nature, la durée, la date à laquelle vous avez cessé de fumer et pour quel motif ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Nature : Durée : Date de fin de consommation tabagique : <input type="text"/> Motifs :
2.4	Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Lesquels ? Jusqu'à quand ?
2.5	Sports pratiqués ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Lesquels ? Type de pratique : <input type="checkbox"/> occasionnelle <input type="checkbox"/> amateur <input type="checkbox"/> licencié <input type="checkbox"/> compétition
2.6	Votre poids a-t-il diminué au cours de la dernière année ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Kg Cause : Intentionnellement ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Nom : Prénom :

3 Passé pathologique		
3.1	Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une(des) affection(s) ou d'un(des) symptôme(s) suivants ?	
	a) Tuberculose, paludisme, amibiase, maladie sexuellement transmissible ou toute autre maladie infectieuse et/ou parasitaire ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
	b) Diabète, hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie, goutte, affection de la thyroïde ou toute autre atteinte du système endocrinien et/ou du métabolisme ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
	c) Anémie, anomalie de coagulation, de la moelle osseuse, leucémie ou toute autre maladie du sang ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
	d) Dépression, anxiété, tentative de suicide, surmenage, stress, névrose, psychose, tétanie, spasmophilie ou toute autre atteinte psychiatrique ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
	e) Paralyse, épilepsie, sclérose en plaques, myopathie, maladie de Parkinson, démence ou toute autre maladie du système nerveux et/ou des muscles ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
	f) Surdité, enrouement, trouble de la vue ou toute autre maladie de l'oreille, du nez, de la gorge et/ou des yeux ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
	g) Malformation, souffle cardiaque, oedème, douleurs thoraciques, palpitations, artérite, varices, hypertension artérielle, maladie coronarienne, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, trouble de conduction, trouble du rythme ou toute autre maladie de l'appareil cardio-vasculaire ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
	h) Bronchite chronique, asthme, emphyseme, tuberculose ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire et/ou des poumons ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
	i) Hémorragie digestive, troubles de l'oesophage, de l'estomac, de l'intestin, du colon, du rectum, affections du foie (ex : cirrhose), de la vésicule ou du pancréas, hernie ou toute autre maladie de l'appareil digestif et/ou atteinte de l'abdomen ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
	j) Albuminurie, affection des reins, des voies urinaires (coliques néphrétiques, cystite), des organes génitaux ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
	k) Psoriasis, kyste, eczéma, naevus ou toute autre maladie de la peau ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
	l) Hernie discale, sciatique, lumbago, douleurs dorsales, douleurs cervicales, arthrose, ostéoporose, tassements, rhumatismes inflammatoires, vascularite ou toute autre maladie des os et/ou des articulations ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
m) Cancer, tumeur ou toute autre affection maligne ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	
n) Présentez-vous une malformation congénitale ou toute autre maladie et/ou infirmité non citée plus haut ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	
3.2	Avez-vous été hospitalisé pour opération, geste médico-chirurgical (endoscopie, arthroscopie, angioplastie...) ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
3.3	Avez-vous subi un traitement par substances radioactives, une chimiothérapie ou une transfusion sanguine ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
3.4	Avez-vous été accident� ? En cas de traumatisme crânien, indiquer s'il y a eu perte de connaissance et sa durée.	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
3.5	Avez-vous séjourné dans un hôpital, une maison de santé, un sanatorium, une station thermale ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui

S'il a été répondu OUI à l'une ou plusieurs questions, veuillez indiquer de quelle maladie il s'agit ainsi que toutes les précisions utiles (date, durée, traitement, interventions chirurgicales, date de guérison, séquelles, commentaires) :

.....

.....

4	Etes-vous bénéficiaire d'une rente d'invalidité ou une demande est-elle en cours ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Motif :
	<input type="radio"/> Civile <input type="radio"/> Militaire (Joindre le titre de pension précisant le motif)		Taux : Depuis quand :

5 Pour les personnes de sexe féminin		
5.1	Etiez-vous en période de règles lors de l'analyse biologique effectuée pour la souscription de ce contrat ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
5.2	Etes-vous enceinte ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui

Ces questions permettent exclusivement d'interpréter les résultats d'exams.

6		
6.1	Suivez-vous un traitement ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
		Lequel ? Pourquoi ?
6.2	Recevez-vous des soins médicaux ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
		Lequel ? Pourquoi ?
6.3	Avez-vous été, au cours des 5 dernières années, traité pendant plus de 3 semaines ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
		Quand : Pourquoi ?
6.4	Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
		Quand : Pourquoi ?
6.5	Devez-vous être hospitalisé prochainement, pour opération, gestes médicaux-chirurgicaux (endoscopie, arthroscopie, angioscopie...) ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
		Quand : Pourquoi ?

Nom :		Prénom :	
7			
7.1	Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années :		
	- un électrocardiogramme ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Quand : _____ Résultat :
	- une radiographie du thorax ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Quand : _____ Résultat :
	- une analyse du sang ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Quand : _____ Résultat :
	- une analyse des urines ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Quand : _____ Résultat :
7.2	Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (HIV) dont le résultat a été positif ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	A quelle date : _____
7.3	Avez-vous été soumis à d'autres investigations (par exemple électroencéphalogramme, scanner, scintigraphie, artériographie) ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Quand : _____ Lesquelles : Résultat :
7.4	Avez-vous été soumis à un test de dépistage à titre préventif (ex : hémoculture, antigènes spécifiques de la prostate - PSA, mammographie...) ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Quand : _____ Lequel : Résultat :
8			
8.1	Vous trouvez-vous en état d'incapacité de travail ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Totale <input type="radio"/> Partielle Depuis ? Pourquoi ?
8.2	Avez-vous été, durant les 5 dernières années, incapable de travailler pendant plus de 3 semaines pour raison de santé ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Quand : _____ Pour quelle raison ? Durée ?
9			
9.1	Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	....................
9.2	Quel est votre médecin habituel (adresse) ?	..... ..... ..... .....

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé qui puisse induire en erreur l'organisme assureur. J'ai été informé(e) que toute fausse déclaration ou omission intentionnelle entraînerait la nullité de mon contrat d'assurance conformément à la loi.

Fait à _____ le _____

La signature de la personne à assurer

X

Ce rapport médical est valable 6 mois à compter de sa signature

Cachet et signature du médecin examinateur

X

Examen médical de la personne à assurer

Le médecin est prié de répondre avec précision à toutes les questions et de commenter les éventuelles anomalies constatées (au besoin, ajouter un feuillet).



Merci de répondre à chacune des questions posées par une croix dans chaque case.

Nom :		Prénom :	
10			
10.1	Vous êtes-vous assuré de l'identité de la personne à assurer ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	
10.2	L'avez-vous déjà soignée ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Quand : □□□□□□□□ Pourquoi ?
11 Constitution/Généralités			
11.1	Taille (mesurée au cabinet)	..... cm	
11.2	Poids (pesée au cabinet)	..... kg	
11.3	Périmètre du thorax	..... cm en inspiration cm en expiration	
11.4	Circonférence de l'abdomen	..... cm	
11.5	Existe-t-il des anomalies congénitales et/ou de la croissance ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Lesquelles ?
11.6	Y a-t-il des difformités ou des malformations (thorax, colonne vertébrale, membres, etc...) ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Lesquelles ?
12 Habitudes			
12.1	Les occupations ou les habitudes de la personne à assurer peuvent-elles nuire à sa santé ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Lesquelles ?
12.2	Y a-t-il des signes suggérant une consommation d'alcool excessive, des indices d'abus de tabac, de médicaments ou d'usage de stupéfiants ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Lesquelles ?
13 Système endocrinien et métabolisme/psychiatrie/système nerveux et muscles			
13.1	Votre examen met-il en évidence une anomalie ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Laquelle ?
13.2	Y a-t-il des troubles du comportement et/ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Lesquels ?
13.3	Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux et/ou d'une myopathie ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Laquelle ?
14 Organes sensitifs			
14.1	Y a-t-il une affection de l'appareil auditif ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Laquelle ? <input type="radio"/> D. <input type="radio"/> G.
	Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Degré : D. : G. : Laquelle ?
14.2	Y a-t-il une affection des yeux ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Avant correction : OD = OG =
	Nécessite-t-elle une correction ? Si oui, merci de nous fournir la copie de la prescription des verres.	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Après correction : OD = avec dioptries OG = avec dioptries

Nom :		Prénom :	
15 Appareil cardiovasculaire			
15.1	L'aire cardiaque est-elle agrandie ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Importance :
15.2	Troubles du rythme ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Lesquels : Intensité :
15.3	Les bruits du cœur sont-ils anormaux (dédoublément, roulement, etc...) ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	.....
15.4	Entendez-vous un souffle cardiaque ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Systolique Où ? Intensité :
	Comment se propage-t-il ? Irradiation ?		<input type="radio"/> Diastolique Où ? Intensité :
15.5	Le souffle est-il organique ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Diagnostic : Siège :
15.6	Existe-t-il une anomalie du pouls radial, carotidien, fémoral, tibial postérieur ou pédieux ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Droit <input type="radio"/> Gauche Cause : Importance :
15.7	Troubles du système veineux, oedème, troubles trophiques ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Lesquels ? Importance :
15.8	Tension artérielle : systolique diastolique <input type="radio"/> Non traitée <input type="radio"/> Traitée		
15.9	Fréquence du pouls /min - Si fréquence inférieure à 60, veuillez effectuer une prise du pouls à l'effort. Résultat : - Si les chiffres tensionnels sont supérieurs à 15/9 ou la fréquence du pouls supérieur à 90, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen, après repos.		
15.10	Contrôle éventuel : systolique diastolique pulsations ...../min		
16 Appareil respiratoire			
16.1	Votre examen met-il en évidence une anomalie ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Laquelle ?
16.2	Examen radiologique ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Résultat :
17 Appareil digestif			
17.1	La langue, le pharynx et/ou les amygdales ont-ils un aspect pathologique ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Lequel ?
17.2	La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Lequel ?
17.3	Le foie est-il agrandi ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	De combien de cm ? Consistance :
17.4	La rate est-elle agrandie ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Palpable sur : cm Cause :
17.5	Y a-t-il une hernie, une éventration ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Siège : Bilatérale : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
18 Appareil urogénital			
18.1	Examen de l'urine par bandelette (obligatoire) (l'urine doit être émise chez le médecin)	albumine	Présence de : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
		sucré	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
		sang	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
		pus	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
		Dosage éventuel :g/l	Autres substances anormales :
		Dosage éventuel :g/l	
		
		
18.2	Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux et/ou des seins ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Laquelle ?
Ganglions lymphatiques			
19	Y a-t-il une augmentation de volume des ganglions lymphatiques ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Siège : Origine :

Nom :		Prénom :	
20 Os, articulations et tissu conjonctif/peau			
20.1	Votre examen met-il en évidence un état pathologique ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Lequel ?
20.2	Y a-t-il une affection cutanée et/ou des phanères ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Laquelle ?
21 Conclusion			
21.1	Estimez-vous que le pronostic vital de cette personne est altéré ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	.....
21.2	Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	.....
21.3	Remarques spéciales et suggestions :	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	.....



APRIL Santé Prévoyance invite le médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne à assurer ou de l'assureur conseil, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'organisme assureur. Le médecin doit se garder de délivrer un faux certificat ou même un certificat tendancieux ou de complaisance (articles 24 et 28 du Code de Déontologie médicale). Afin de préserver leur confidentialité, transmettez ce questionnaire sous pli cacheté, accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires, au Médecin conseil d'APRIL Santé Prévoyance. Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance, Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

Fait à _____ le _____

Cachet et signature du médecin examinateur

X

Ce rapport médical est valable 6 mois à compter de sa signature



Immeuble Aprilium
 114 boulevard Marius Vivier Merle
 69439 LYON Cedex 03
 Fax 0478536518 - www.april.fr



S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419
 Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 002 609 (www.orias.fr)
 Autorité de Contrôle Prudentiel - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

L'assurance n'est plus ce qu'elle était.