



## QUESTIONNAIRE 15021 - MALADIE

Questionnaire confidentiel à remplir par le médecin traitant et à retourner par l'assuré lui-même à l'attention du  
Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance, 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03.

N° Adhérent : ..... ☐ M. ☐ Mme. ☐ Mlle.  
NOM et PRENOM : .....  
Date de naissance : ..... Dossier suivi par : Le service médical

Les informations recueillies au moyen de ce document seront traitées avec la plus grande confidentialité et sont soumises  
aux règles déontologiques relatives au respect du secret médical.

Toutes les questions sont à compléter par oui ou par non et à préciser en cas de réponse positive.

Diagnostic exact : .....  
.....  
Date de découverte : ..... Date de dernière consultation : .....

## INFORMATION CONCERNANT LA MALADIE DECLAREE : .....

<b>ETIOLOGIE ET LOCALISATION</b> (s'il y a lieu)	..... ..... .....
<b>EXISTENCE D'ANTECEDENTS</b>	..... ..... .....
<b>HISTOIRE EVOLUTIVE</b>	..... ..... .....
<b>ETAT ACTUEL - PRONOSTIC</b>	..... ..... .....
<b>EXISTENCE DE COMPLICATIONS SUITES OU SEQUELLES (EVOLUTIVES OU NON)</b>	..... ..... .....
<b>TRAITEMENTS SUIVIS</b>	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, lesquels : ..... Date : .....
<b>DATE, NATURE ET RESULTAT DU DERNIER BILAN DE SURVEILLANCE SPECIALISE :</b> (Joindre les comptes rendus)	..... ..... .....
<b>Y-A-T-IL EU UN GESTE CHIRURGICAL ?</b> (joindre les comptes rendus opéra- toire et anatomopathologique)	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, lesquels : ..... Date : .....

QUESTIONNAIRE 15021 - MALADIE

Nom : ..... Prénom : ..... N° Adhérent : .....

<b>Y-A-T-IL EU HOSPITALISATION ?</b> <i>(joindre le compte rendu d'hospitalisation)</i>	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, lesquels : ..... Date : .....
<b>ARRETS DE TRAVAIL</b>	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, lesquels : ..... Date : .....
<b>LE MALADE EST-IL EN INVALIDITE ?</b> <i>(joindre copie de la notification)</i>	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, a quel taux : ..... Quelle catégorie Sécurité Sociale : .....
<b>DATE DE GUERISON OU DE CONSOLIDATION</b> <i>(s'il y a lieu)</i>	..... ..... .....

Remarques éventuelles (autres traitements, autres affections) : .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Taille : ..... Poids : ..... Tension artérielle : ..... / .....      ☐ Traitée      ☐ Non traitée

**IMPORTANT**

Une copie des examens spéciaux avec leurs comptes rendus doit être transmise afin de permettre au service médical de se prononcer en toute connaissance de cause.

Les honoraires du ou des questionnaires médicaux que vous venez de remplir sont remboursés sur la base :

- d'une consultation (1c) pour un généraliste,
- d'une consultation (1cs) pour un spécialiste.

Date : .....

Signature :

X

Cachet du médecin

april | santé prévoyance

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.orient.fr)  
 Autorité de Contrôle Prudentiel - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.



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