

QUESTIONNAIRE 15057 - HANDICAP PHYSIQUE

Nom : Prénom : N° Adhérent :

	NON - OUI	COMMENTAIRES	
TRAITEMENTS :		ANTERIEURS	ACTUELS
- Médicaux (y compris infiltrations, synoviorthèses)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
- Chirurgicaux	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
- Kinésithérapie ou ostéopathie, manipulations, cures	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Le patient a-t-il fait des séjours en milieu hospitalier ou assimilé ?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Date(s), durée(s), motif(s) :	
Existe-t-il un suivi médical et paramédical régulier avec une bonne compliance du patient ?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Préciser :	

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.