

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

N° adhérent :

Nom/Prénom :

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.

Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité.

	NON - OUI	RESULTATS - COMMENTAIRES	DATES
Diagnostic de l'affection oculaire : - De quelle affection s'agit-il :		<input type="checkbox"/> Aiguë <input type="checkbox"/> Chronique Commentaires :	Date de découverte : Date de la dernière consultation :
Résultats des examens : - Fond d'œil : - Champ visuel : - Angiographie rétinienne : - Autres : (Joindre les comptes rendus)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Acuité visuelle : - avant correction : - après correction :		Œil droit : Œil gauche : Œil droit : avec dioptries* Œil gauche : avec dioptries*	
Tension oculaire :		Œil droit : Œil gauche :	
Traitements : - Médicamenteux : - Chirurgicaux : - Autres (laser, ...) : (joindre les comptes rendus opératoires)		lesquels : date : résultats : date : résultats :	

* Le degré de correction est indispensable pour l'étude du dossier.

Nom/Prénom : N° adhérent :

	NON - OUI	COMMENTAIRES
Le malade est-il en invalidité :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, à quel taux : Quelle catégorie Sécurité Sociale :
Pronostic : - l'affection peut-elle être considérée comme stabilisée :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Préciser :
- une aggravation est-elle prévisible :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Préciser :

Remarques éventuelles (autres traitements ou autres affections présentes) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Taille : Poids :

Tension artérielle : Traitée Non traitée

Important

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 :

Cachet du médecin

APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,
Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 04 78 53 65 18 - Internet 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 des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

