

ADMINISTRATIF (à compléter par l'Adhérent)

| | | |
|--|--------------------------------|---------------------|
| Adhérent : | | Tél : |
| Souscripteur/Numéro de police : | | |
| Bénéficiaire (si différent du souscripteur) : | | · Enfant · Conjoint |
| Date de soins : / / | Date de naissance : / / | Sexe : |
| Numéro de carte/Matricule | | |
| Numéro de sinistres Externe : | | |

SIGNES SUBJECTIFS (à compléter par le médecin traitant)

| | |
|--|--|
| Symptôme(s) tel(s) que décrit(s) par le patient (plainte principale): | |
| | |
| Date d'Apparition des Présents Symptômes: / / | |
| Le patient, est-il sous traitement? · OUI · NON Si oui, précisez lequel et depuis quand: | |

EXAMEN CLINIQUE/DIAGNOSTIC (à compléter par le médecin traitant)

| | |
|---|--|
| Données cliniques: | Signes Vitaux: TA: _____ Pouls: _____ T: _____ RR: _____ DDR: _____ |
| Cause: | |
| · Maladie physique · Accident · Maternité · Prévention · Psychiatrie · Maladie professionnelle · Maladie congénitale · Stérilité I · Stérilité II · Autre: _____ | |
| Diagnostic: <input type="checkbox"/> Aigu <input type="checkbox"/> Chronique <input type="checkbox"/> Confirmé <input type="checkbox"/> Suspecté PRECISEZ LE DIAGNOSTIC (PAS LE SYMPTOME) | CODE APCI _____ CODE DU DIAGNOSTIC (CIM10) _____ |
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| Est-ce que le diagnostic est dû à une autre pathologie? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, précisez: | |
| Est-ce qu'une hospitalisation est nécessaire ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Durée de séjour: | |

PLAN MEDICAL (les factures détaillées et les prescriptions originales/ vignettes ou notices/ rapports / résultats doivent être joints)

| • Consultation (C1, C2...) | Nom et Cachet | Montant | • Laboratoires/Radiologie | Nom et cachet | Montant |
|-------------------------------|---------------|---------|----------------------------------|---------------|---------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| • Pharmacie | | | • Actes médicaux et paramédicaux | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | • Hospitalisation | | |
| | | | Date d'entrée: / / | | |
| | | | Date de sortie: / / | | |
| Frais Totaux Engagés : | | | | | |

| | | |
|----------------------------------|---|---|
| <i>Nom du Médecin Traitant :</i> | <i>Nom Souscripteur :</i> | <i>Je déclare avoir été informé que tout renseignement inexact ayant pour but d'induire l'assureur en erreur entraîne la perte du droit à toute prestation.</i> |
| <i>Tél/Fax :</i> | <i>Signature et cachet :</i> | |
| <i>Signature et cachet :</i> | <i>Date et Signature de l'Adhérent:</i> | |

PROTHESES ET SOINS DENTAIRES (à compléter par le dentiste)

Plainte principale et symptômes majeurs :

Diagnostic :

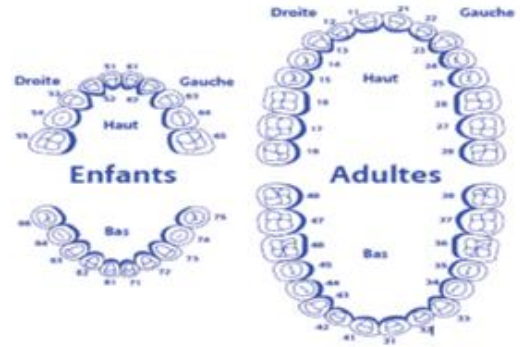
Code principal : 2^{eme} code : 3^{eme} code :

Autre diagnostic :

AVP Accident de travail Accident de sport

Orthodontie Congénital Devis

Préventif Hygiène Exécution



Indiquer l'intervention pratiquée en se servant des codes et des coefficients de la nomenclature générale et du croquis ci-dessus.

| Code | Description /soin | Numéro de dent | Montant |
|------|-------------------|----------------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Nom du Dentiste Traitant :

Date: / /

Tél/Fax :

Signature et cachet :

Je déclare avoir été informé que tout renseignement inexact ayant pour but d'induire l'assureur en erreur entraine la perte du droit à toute prestation.

Date: / /

Signature de l'Adhérent:

SOINS OPTIQUES (à compléter par l'ophtalmologue)



| | CEIL DROIT | | | | CEIL GAUCHE | | | |
|---------|------------|------|-----|--------|-------------|------|-----|--------|
| | SPH. | CYL. | AXE | PRISME | SPH. | CYL. | AXE | PRISME |
| De loin | | | | | | | | |
| De près | | | | | | | | |

Évaluation Clinique :

Spécification des Verres :

Spécification des Lentilles :

Montures ? • OUI • NON

Je déclare avoir été informé que tout renseignement inexact ayant pour but d'induire l'assureur en erreur entraine la perte du droit à toute prestation.

Date: / /

Signature de l'Adhérent:

Nom de l'Ophtalmologue Traitant :

Date: / /

Tél/Fax :

Signature et cachet:

Je déclare avoir été informé que tout renseignement inexact ayant pour but d'induire l'assureur en erreur entraine la perte du droit à toute prestation.

Date: / /

Signature de l'Adhérent: