

QUESTIONNAIRE

« maladie de Crohn » / « rectocolite hémorragique » (à faire compléter par le médecin gastroentérologue)

Ce document fait partie intégrante de la proposition d'assurance. Il est un élément indispensable, qui concourt à une juste appréciation du risque.

Nom du Candidat à l'assurance : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____ Date de naissance : ____/____/____

Femme Homme

Profession exacte : _____

Veillez répondre à chaque question et fournir les détails et les documents le cas échéant.

1. Diagnostic exact :

Maladie de Crohn

Rectocolite hémorragique

Autre (précisez): _____

2. Antécédents :

• Date du diagnostic : _____ Date de la dernière poussée : _____

• Existe-t-il des antécédents de dysplasie ou de carcinome du colon ? OUI NON

• Existe-t-il des antécédents de fistules ou d'abcès ? OUI NON

• Y a-t-il eu recours à des traitements chirurgicaux ? OUI NON

Si oui, veuillez préciser les dates, nature des interventions, stomies:

• Y a-t-il eu des manifestations de la maladie depuis la dernière chirurgie ? OUI NON

Si oui, veuillez préciser les dates et signes cliniques :

• Existe-t-il une cholangite sclérosante associée ? OUI NON

• Existe-t-il des manifestations extra-digestives ? OUI NON

Si oui, précisez lesquels : _____

3. Arrêts de travail : au cours des 5 dernières années

• Veuillez préciser les périodes d'incapacité de travail de plus de 3 semaines en lien avec la maladie :

QUESTIONNAIRE

« maladie de Crohn » / « rectocolite hémorragique » (à faire compléter par le médecin gastroentérologue)

4. Examens complémentaires :

- Colonoscopie de contrôle : préciser la date du dernier examen et les résultats (notamment les localisations de l'atteinte digestive, les résultats histologiques)
-
-

- Examens sanguins : veuillez préciser les résultats des derniers contrôles de :

- L'hémoglobine : _____ g/dl → Date : _____
- La protéine C réactive : _____ mg/l → Date : _____
- Les phosphates alcalines : _____ U/l → Date : _____

5. Etat clinique actuel : veuillez décrire les symptômes actuels, état de la continence

6. Traitements/hospitalisations :

- Existe-t-il un traitement de fond nécessaire pour contrôler la maladie ? OUI NON

Si oui, veuillez en préciser la nature et la posologie :

- A-t-il été nécessaire d'hospitaliser votre patient en raison d'une poussée de maladie (en dehors des gestes chirurgicaux éventuels) ? OUI NON

Si oui, veuillez préciser les dates et les motifs :

Veuillez joindre tous les documents en votre possession, en particulier : les comptes-rendus éventuels d'hospitalisation, d'intervention, d'anatomo-pathologie, de colonoscopie, copie d'ordonnance, courriers entre le spécialiste et le médecin traitant, les résultats du dernier bilan de contrôle et de surveillance de la maladie.

Conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance, et conformément à l'article L.221-15 du Code de la mutualité en cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, les prestations seront réduites (se reporter à la définition de ces articles sur la notice d'information).

Ce document doit être transmis, à l'aide de l'enveloppe jointe, au Médecin Conseil du Groupe MNCAP 5 rue Dosne, 75116 Paris. Pour l'étude du dossier d'assurance, les données médicales personnelles sont exclusivement utilisées pour le traitement du dossier par la Mutuelle, ses mandataires ou ses réassureurs, dans le strict respect du secret médical. Le défaut de réponse aux questions peut avoir

QUESTIONNAIRE

« maladie de Crohn » / « rectocolite hémorragique » (à faire compléter par le médecin gastroentérologue)

pour conséquence le non examen du dossier de la personne concernée. Le responsable du traitement des données médicales personnelles contenues dans ce document est le Médecin Conseil du Service médical du Groupe MNCAP, auprès de personne concernée peut exercer ses droits d'accès et de rectification prévus par la Loi dite « Informatique et Libertés » du 06 janvier 1978, modifiée par la Loi 2004-801 du 06 août 2004.

La Mutuelle se réserve le droit de demander tout complément d'information sur l'état de santé du Candidat à l'assurance.

Certificat rédigé à la demande du Candidat à l'assurance et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Date ___/___/_____

Signature et cachet obligatoire du médecin traitant :