

Questionnaire médical



Remettez ce formulaire dûment complété à votre agence locale ou envoyez-le à : **Mutualité Libre Partena, Sluisweg 2 b 1, 9000 Gent**
Davantage d'informations: www.partena-mutualite.be

CONFIDENTIEL

Veillez compléter un questionnaire médical par assuré. Pour les enfants de moins de 18 ans, à compléter par le représentant légal.
Le questionnaire médical ne peut être examiné que s'il a été répondu à toutes les questions.

Assuré

Nom	<input type="text"/>	N° de registre national : <input type="text"/> OU Apposez une vignette de la mutualité
Prénom	<input type="text"/>	
Date de naissance	<input type="text"/>	
Couverture choisie : <input type="checkbox"/> Hospitalia <input type="checkbox"/> Hospitalia Plus <input type="checkbox"/> Hospitalia Continuité <input type="checkbox"/> Ambulatoire		

INFORMATIONS GENERALES	OUI	NON
Veillez cocher oui/non et compléter si nécessaire		
<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous été hospitalisé ces 24 derniers mois ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, pourquoi ? 		
<ul style="list-style-type: none"> Une hospitalisation est-elle planifiée ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, pourquoi ? Quand ? 		
<ul style="list-style-type: none"> Un traitement ambulatoire est-il planifié (= sans hospitalisation) ? p.ex. une série de séances chez le kiné, logopède, dentiste, <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, pourquoi ? Quand ? 		
<ul style="list-style-type: none"> Prenez-vous régulièrement des médicaments ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, quels médicaments et pour quelle affection ? 		
<ul style="list-style-type: none"> Pour les femmes : êtes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 		
INFORMATIONS SPECIFIQUES		
Veillez cocher oui/non et, si oui, compléter et préciser si nécessaire.		
Affections cardio-vasculaires		
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
<ul style="list-style-type: none"> Infarctus <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Troubles du rythme cardiaque <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Affection de valve cardiaque <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Affection des artères <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Hypertension <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 		
Affections du système respiratoire		
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
<ul style="list-style-type: none"> Asthme <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Bronchite chronique <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Emphysème <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Autre affection <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, laquelle ? 		
Affections du système digestif		
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
<ul style="list-style-type: none"> Maladie de Crohn <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Colite ulcéreuse <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Infection du pancréas <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Cirrhose du foie <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Autre affection <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, laquelle ? 		
Affections des reins, des voies urinaires et des organes génitaux		
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
<ul style="list-style-type: none"> Calculs rénaux <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Reins polykystiques <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Insuffisance rénale/dialyse <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Problème de prostate <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Affection de l'utérus/des trompes <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Autre affection <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, laquelle ? 		
Affections musculaires et ostéo-articulaires		
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
<ul style="list-style-type: none"> Arthrose <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON o Hanche <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON o Genou <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON o Autre(s) endroit(s) 		



Nom

Prénom Date de naissance

Affections musculaires et ostéo-articulaires (suite)

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : **OUI NON**

- Affection rhumatismale
- Hernie discale
- Maladie musculaire

Si oui, laquelle ?

- Malformations congénitales des os/articulations

Si oui, laquelle ?

- Ostéoporose (décalcification des os)
- Autre affection

Si oui, laquelle ?

Affections neurologiques et psychiques

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : **OUI NON**

- Epilepsie
- Sclérose en plaques
- Maladie de Parkinson
- Maladie d'Alzheimer
- Dépendance aux drogues
- Dépendance à l'alcool
- Autre affection neurologique ou psychique

Si oui, laquelle ?

Affection de : œil, oreilles, bouche, nez et gorge

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : **OUI NON**

- Fente labiale et/ou palatine
- Autres affections buccales et maxillo-faciales

Si oui, lesquelles ?

- Affection des yeux

Si oui, laquelle ?

- Problèmes auditifs

Si oui, lesquels ?

- Autres

Si oui, lesquels ?

Affections spécifiques

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : **OUI NON**

- Obésité (BMI >=30)

BMI = poids en kg : (taille en m X taille en m)

Si oui, quel est votre poids actuel ?kg

quelle est votre taille ?cm

- Diabète

Si oui, utilisez-vous de l'insuline ?

- Hépatite chronique
- HIV-positif /SIDA
- Affection maligne (cancer)

Si oui, de quel organe ?

Si oui, quand le diagnostic a-t-il été posé ?

.....

Etes-vous ou avez-vous été traité par :

- Radiothérapie
- Chimiothérapie

Si oui, quand ?

Avez-vous subi l'intervention suivante ?

- Transplantation d'organe

Si oui, de quel organe ?

- Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection qui n'est pas encore mentionnée ?

Si oui, laquelle ?

Je soussigné(e), déclare avoir répondu aux questions qui précèdent sans omission ou inexactitude intentionnelle, toute fausse déclaration dans les réponses pouvant entraîner la perte du droit aux remboursements de la SMA « MLOZ Insurance ».

Fait à le

Signature

Droit aux remboursements

Pour pouvoir bénéficier de nos remboursements, une période de stage d'attente de 6 mois, débutant à la date d'affiliation, est prévue. Il n'y a pas de stage en cas d'accident, moyennant accord du Conseiller Médical d'Hospitalia. Le nouveau-né n'a pas de stage si le stage des parents est terminé avant la naissance et si l'inscription a eu lieu dans les 3 mois de la naissance. (+ exceptions).

En cas d'affiliation au produit Hospitalia ou Hospitalia Plus, après une assurance hospitalisation similaire, le stage peut être supprimé suivant les conditions reprises dans les statuts. Aucun remboursement n'est octroyé pour une hospitalisation débutant pendant cette période de stage.

En cas de maladie, d'affection ou d'état (comme la grossesse) existant à la date d'affiliation ou du transfert de produit et donnant lieu à une hospitalisation,

l'intervention pour celle-ci est limitée : exclusion des suppléments de chambre et suppléments d'honoraires en chambre particulière, pour Hospitalia et Hospitalia Plus (pour autant que le stage soit terminé) et pour Ambulatoire, en refusant le remboursement des prestations ambulatoires liées à cette maladie, affection ou cet état.

En cas d'accouchement durant les 9 premiers mois d'affiliation au produit, l'accouchement pourra être considéré comme le résultat d'un état préexistant. Dans ce cas, les frais d'hospitalisation seront pris en charge, à l'exclusion des suppléments de chambre et d'honoraires lorsque la personne assurée choisit de séjourner en chambre particulière et ce, pour autant que le stage général soit terminé. Toutefois, cette limitation n'est pas d'application si l'accouchement a lieu après 9 mois d'affiliation cumulée, à une assurance mutualiste similaire et à l'assurance Hospitalia.

Conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, les données que vous nous adressez en complétant ce formulaire sont destinées à assurer le suivi de votre dossier d'affiliation à Hospitalia. Ce formulaire sera géré sous la surveillance et la responsabilité du médecin attaché à la SMA.

Vous avez le droit de prendre connaissance de vos données personnelles et, le cas échéant, de les faire rectifier suivant les modalités reprises dans la loi du 8 décembre 1992. Vous pouvez exercer ce droit (accès et rectification) auprès du responsable du traitement des données : MLOZ Insurance" (la SMA des Mutualités Libres pour les branches 2 et 18), route de Lennik 788 a, 1070 Bruxelles, RPM Bruxelles, (422.189.629, n° OCM 750/01).

Tous renseignements complémentaires sur nos traitements automatisés peuvent être obtenus auprès de la Commission de la Protection de la Vie Privée. Partena-OZV, agent d'assurances (n° OCM 5006c - av. de l'Astronomie 1, 1210 Bruxelles) pour "MLOZ Insurance", la SMA des Mutualités Libres (pour les branches 2 et 18), route de Lennik 788 a, 1070 Bruxelles, RPM Bruxelles, (422.189.629, n° OCM 750/01).