

Questionnaire médical complet



Adhésion⁽¹⁾ Modification numéro d'adhésion⁽¹⁾

DANS QUEL CAS DEVEZ-VOUS COMPLÉTER CE QUESTIONNAIRE ?

- Si vous êtes en arrêt de travail, en invalidité 1^{re} 2^e ou 3^e catégorie ou en incapacité permanente professionnelle, en temps partiel thérapeutique ou exonéré du ticket modérateur.
- En cas d'augmentation du montant de la rente.

A COMPLÉTER PAR L'INTÉRESSÉ

Vous êtes ⁽¹⁾ : Agent de Pôle emploi en activité En suspension de contrat de travail

M^{me} M.

Nom

Prénoms

Nom de naissance

Date de naissance JJMMAAAA Département de naissance

Lieu de naissance

Adresse

Code postal Ville

E-mail

Téléphone fixe Téléphone portable

Etablissement Pôle emploi dont vous dépendez Code

Date de dernière embauche JJMMAAAA

⁽¹⁾ Cocher la case correspondante



Paraphe

QUESTIONNAIRE A COMPLÉTER

CHAQUE QUESTION NÉCESSITE OBLIGATOIREMENT UNE RÉPONSE PAR OUI OU NON

VOTRE VIE QUOTIDIENNE

1- Indiquez si vous pouvez :

Faire seul(e) votre toilette en totalité

OUI NON

expliquez pourquoi

Vous habiller, vous chausser, mettre des bas ou des chaussettes, de façon autonome

OUI NON

Faire vos courses seul(e) et les ramener chez vous sans aide

OUI NON

Préparer et prendre vos repas sans aide

OUI NON

Faire votre ménage régulièrement (rangement, vaisselle, nettoyage, lessive, repassage)

OUI NON

Monter et descendre des escaliers sans difficulté

OUI NON

Ecrire, utiliser un téléphone

OUI NON

Conduire, prendre un taxi ou les transports en commun

OUI NON

Prendre le traitement prescrit par votre médecin

OUI NON

Gérer votre budget et effectuer des démarches administratives de façon totalement autonome

OUI NON

2 - Précisez si vous habitez :

seul(e) en famille chez vous AUTRE

Si vous avez répondu **AUTRE**, expliquez dans quelle structure et pour quel motif : _____

3 - Quels sont vos loisirs actuels ? _____

HANDICAP - PRESTATIONS - AIDES

4 - Handicap - Prestations - Aides

Si vous avez répondu OUI précisez

4.1 Avez-vous une infirmité, des séquelles d'accident, un handicap ?

OUI NON

4.2 Avez-vous une aide-ménagère pour raison médicale ?

OUI NON

4.3 Utilisez-vous une canne, un déambulateur ou tout autre appareillage au quotidien ?

OUI NON

4.4 Bénéficiez-vous ou une demande est elle en cours pour obtenir :

• l'exonération du ticket modérateur (100%) ?

OUI NON

• une carte adulte handicapé ou station debout pénible?

OUI NON

• l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie) ?

OUI NON

4.5 Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'une pension d'invalidité ou d'incapacité pour maladie ou accident ?

OUI NON

VOTRE SANTÉ

5. Veuillez indiquer :

VOTRE TAILLE (en cm) :

VOTRE POIDS (en kg) :



6. Prenez-vous un traitement médical ? OUI NON

SI OUI, indiquez les médicaments : _____

→ Joindre la photocopie de la dernière ordonnance.

7. Avez-vous été hospitalisé(e) au cours des 5 dernières années ? OUI NON

(Cela ne concerne pas les hospitalisations pour : hernie inguinale, appendicite, amygdales, végétations, varices, dents, ORL, cataracte, prostate, canal carpien, hallux valgus, esthétiques, fibroscopie, coloscopie)

Si vous avez répondu OUI, précisez le motif et joindre le compte rendu.

8. Prochainement, devez-vous être hospitalisé(e), subir des examens, consulter un spécialiste ? OUI NON

Si vous avez répondu OUI, précisez à quelle date et pour quel motif.

9. Avez-vous eu ou avez vous :

Si vous avez répondu OUI précisez

- 9.1 des troubles de la parole, de l'écriture, de la mémoire ? OUI NON
- 9.2 un accident ischémique transitoire (AIT) ? OUI NON
- 9.3 une paralysie, même passagère ? OUI NON
- 9.4 une maladie d'Alzheimer, une sclérose en plaques (SEP) ? OUI NON
- 9.5 une maladie de Parkinson ? OUI NON
- 9.6 un accident vasculaire cérébral (AVC), une hémorragie cérébrale ? OUI NON
- 9.7 une maladie des muscles, une myopathie ? OUI NON
- 9.8 Êtes-vous suivi par un psychiatre ? OUI NON
- 9.9 Êtes-vous suivi pour une épilepsie, des vertiges ? OUI NON
- 9.10 Êtes-vous suivi pour des pertes de connaissance, des tremblements ? OUI NON
- 9.11 Avez-vous consulté un neurologue au cours des cinq dernières années ? OUI NON
- 9.12 Avez-vous effectué une évaluation ou un bilan de la mémoire ? OUI NON

10. Au cours des 5 dernières années, avez-vous été suivi(e) pour une affection cancéreuse ? OUI NON

SI OUI, donnez les précisions suivantes :

- 10.1 Localisation : _____
- 10.2 Date de diagnostic : _____
- 10.3 Date de fin du traitement (chimiothérapie, radiothérapie) : _____
- 10.4 Y a-t-il eu une rechute ? OUI NON Date :



11. Êtes-vous suivi(e) pour un diabète ?

OUI NON

SI OUI, adresser le dernier dosage sanguin de HbA1c (hémoglobine glyquée)

12. Avez-vous un trouble du rythme cardiaque ?

OUI NON

Si vous avez répondu OUI précisez _____

13. Avez-vous un traitement anticoagulant ?

OUI NON

Si vous avez répondu OUI précisez _____

14. Avez-vous une hypertension artérielle traitée
ou non traitée ?

OUI NON

Si vous avez répondu OUI précisez _____

15. Pathologies ophtalmologiques :

15.1 Avez-vous une DMLA (dégénérescence maculaire liée à l'âge) ?

OUI NON

15.2 Êtes-vous gêné pour lire ou vous déplacer, même avec vos lunettes ou lentilles ?

OUI NON

15.3 Avez-vous une maladie des yeux autre que presbytie, astigmatisme, hypermétropie,
cataracte, myopie ?

OUI NON

Si vous avez répondu OUI précisez quelle maladie _____

16. Avez-vous :

16.1 une insuffisance respiratoire, de l'emphysème ?

OUI NON

16.2 une atteinte des carotides ?

OUI NON

16.3 des problèmes concernant les os, les articulations ?

OUI NON

16.4 une maladie rhumatismale ?

OUI NON

16.5 Avez-vous des problèmes aux membres supérieurs
limitant certains gestes de la vie quotidienne ?

OUI NON

16.6 Avez-vous des problèmes aux membres inférieurs
limitant la marche, l'utilisation des escaliers ?

OUI NON

Si vous avez répondu OUI précisez

17. Présentez-vous une pathologie non citée dans les questions précédentes ?

OUI NON

Si vous avez répondu OUI précisez _____

RAPPEL IMPORTANT

Merci de vérifier que votre questionnaire est complet, lisible, non raturé, daté et signé.

Tout questionnaire comportant des questions sans réponse sera renvoyé à l'intéressé(e) pour être complété. Les antécédents demandés dans ce questionnaire ne sont pas limités dans le temps.



Mutex et votre mutuelle<nom mutuelle ou la mutuelle mentionnée aux conditions particulières > mettent en œuvre un traitement de données relatif à votre état de santé afin d'assurer la gestion et le suivi de votre contrat. Leur traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des obligations et de l'exercice de vos droits ou à ceux de Mutex en matière de droit à la protection sociale. Les données ainsi collectées sont indispensables pour le traitement de votre demande et de votre contrat. Elles sont exclusivement destinées au service médical, sous l'autorité du Médecin conseil de Mutex et sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales. En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, d'opposition, de portabilité, ou de limitation du traitement de vos données. Vous disposez par ailleurs du droit de retirer votre consentement, ainsi que du droit de définir des directives sur le sort de ces données après votre décès. Vous pouvez exercer vos droits par courrier auprès du Médecin conseil de Mutex - 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex. Lors de l'exercice de vos droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. En cas de litige persistant, vous avez la faculté de saisir la CNIL sur www.cnil.fr.

Je donne mon accord au traitement des informations de santé me concernant dans les conditions indiquées dans le présent document. Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations figurant dans ce questionnaire et reconnais que toute fausse déclaration de ma part ou toute réticence de nature à atténuer l'importance du risque entraînera la déchéance de la garantie et la résiliation de l'adhésion.

Fait à Le

Signature de l'assuré(e) précédée de la mention manuscrite :

“Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations figurant dans ce questionnaire que j'ai rempli de ma main”.

Signature :

RÉSERVÉ AU MÉDECIN CONSEIL

**BULLETIN À RETOURNER SOUS PLI CONFIDENTIEL A MUTEX
A L'ATTENTION DE MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL
140 AVENUE DE LA RÉPUBLIQUE - CS 30007 - 92327 CHÂTILLON CEDEX**

**Assureurs des garanties de prévoyance :
MUTEX**

Société anonyme au capital de 37302300 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040
Siège social : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex

MALAKOFF MÉDÉRIC Prévoyance

Institution de Prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale,
Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris

