

A COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ(E) - Nous vous remercions de répondre à chaque question et de donner clairement toutes les précisions utiles.

Mutex et votre mutuelle mettent en œuvre un traitement de données relatif à votre état de santé vous concernant afin d'assurer la gestion et le suivi de votre contrat. Ces traitements ont pour base légale votre consentement à communiquer vos données et l'intérêt légitime de Mutex à gérer votre contrat. Les données ainsi collectées sont indispensables à cet effet et sont destinées au service médical, sous l'autorité du Médecin conseil de Mutex. Ces données 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, CS30007, 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.

1 1. Êtes-vous en arrêt de travail ? OUI NON Date : _____
 2. Avez-vous été en arrêt de travail pendant plus de 15 jours continus au cours des 5 dernières années ? OUI NON Motif : _____

2 1. Avez-vous une maladie professionnelle ? OUI NON **Précisez le motif médical et joindre une copie de la notification sur laquelle figure le motif médical**
 2. Un dossier a-t-il été déposé à la MDPH⁽¹⁾ ? OUI NON
 3. Avez-vous bénéficié d'un poste de travail aménagé ? OUI NON
 4. Avez-vous bénéficié d'un reclassement professionnel ? OUI NON
 5. Bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100% pour ALD⁽²⁾, ou une demande est-elle en cours ? OUI NON
 6. Bénéficiez-vous d'une rente invalidité ou une demande est-elle en cours ? OUI NON

3 1. Avez-vous des séquelles d'accident ou de maladie ? OUI NON Depuis quelle date : _____
 2. Avez-vous une maladie congénitale ? OUI NON Précisez : _____

4 Avez-vous déjà fait l'objet, lors d'une demande d'adhésion à un contrat de prévoyance : Précisez le motif : _____
 1. D'un ajournement ou d'un refus ? OUI NON
 2. D'une acceptation avec surprimes ? OUI NON
 3. D'une acceptation avec exclusions ? OUI NON

5 Fumez-vous ? OUI NON Quantité journalière de **cigarettes** : _____
 Âge de début : _____
 Si NON avez-vous fumé ? OUI NON Quantité journalière de **cigarettes** : _____
 Date de début : _____ Date de fin : _____

6 Êtes-vous suivi ou avez-vous été suivi : Précisez : _____
 1. Pour consommation d'alcool ? OUI NON
 2. Pour consommation de drogues illicites ? OUI NON

7 Pratiquez-vous un sport ? OUI NON Si oui, lequel : _____

8 1. Suivez-vous un traitement médicamenteux depuis plus de 30 jours ? OUI NON Précisez le traitement : _____
 2. Au cours de 5 dernières années, avez-vous suivi un traitement médicamenteux de plus de 30 jours ? OUI NON Précisez le motif : _____
Joindre obligatoirement copie de la dernière ordonnance

9 Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous : Précisez le traitement : _____
 1. D'un suivi par un kinésithérapeute ou ostéopathe ? OUI NON Pour quel motif : _____
 2. D'un suivi par un neurologue ? OUI NON
 3. D'un suivi par un psychiatre ou un psychologue ? OUI NON
 4. De consultations pour souffrance au travail ? OUI NON **Joindre obligatoirement copie de la dernière ordonnance**

10 Veuillez indiquer **VOTRE TAILLE (en cm)** : **VOTRE POIDS (en kg)** :

11 **EXAMENS MEDICAUX DANS LE PASSÉ** **Joindre obligatoirement la photocopie des comptes rendus**

	DATES	MOTIFS	RÉSULTATS
1. Avez-vous été hospitalisé(e) même en ambulatoire ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
2. Avez-vous été opéré(e) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
3. Avez-vous effectué les examens suivants : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
<input type="checkbox"/> Coloscopie <input type="checkbox"/> Fibroscopie			
<input type="checkbox"/> Echo-doppler <input type="checkbox"/> Electromyogramme			
<input type="checkbox"/> Electrocardiogramme <input type="checkbox"/> Echographie du cœur			
<input type="checkbox"/> Radiographies <input type="checkbox"/> Scanner			
<input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/> Scintigraphie			
<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> EFR			
<input type="checkbox"/> Echographie (sauf grossesses) <input type="checkbox"/> AUTRES			
<input type="checkbox"/> Examens sanguins ou urinaires (sauf contraception et grossesse)			



⁽¹⁾ MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées. ⁽²⁾ ALD : Affection de Longue Durée.

Paraphe

12 EXAMENS MEDICAUX ACTUELLEMENT OU DANS LES MOIS A VENIR

1. Devez-vous être hospitalisé(e) même en ambulatoire ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	DATES	MOTIFS
2. Devez-vous être opéré(e) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	_____
3. Devez-vous effectuer les examens suivants :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	_____
<input type="checkbox"/> Coloscopie	<input type="checkbox"/> Fibroscopie	_____	_____
<input type="checkbox"/> Echo-doppler	<input type="checkbox"/> Electromyogramme	_____	_____
<input type="checkbox"/> Electrocardiogramme	<input type="checkbox"/> Echographie du cœur	_____	_____
<input type="checkbox"/> Radiographies	<input type="checkbox"/> Scanner	_____	_____
<input type="checkbox"/> IRM	<input type="checkbox"/> Scintigraphie	_____	_____
<input type="checkbox"/> Biopsie	<input type="checkbox"/> EFR	_____	_____
<input type="checkbox"/> Echographie (sauf grossesses)	<input type="checkbox"/> AUTRES	_____	_____
<input type="checkbox"/> Examens sanguins ou urinaires (sauf contraception et grossesse)		_____	_____

AVEZ-VOUS ÉTÉ OU ÊTES-VOUS ATTEINT(E) D'UNE DES AFFECTIONS CI-DESSOUS :

13 Diabète :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Joindre copie du dernier bilan sanguin	
14 Cholestérol, triglycérides :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Joindre copie du dernier bilan sanguin	
15 Hypertension artérielle :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Prenez-vous un traitement pour l'hypertension artérielle ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
16 Maladies du cœur :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Précisez : _____	
17 1. Artérite. Autre affection des artères :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Précisez : _____	
2. Insuffisance veineuse. Phlébite :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	
18 1. Affections pulmonaires, insuffisance respiratoire :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Précisez : _____	
2. Syndrome d'apnée du sommeil :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	
19 1. Maladies du foie :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Précisez : _____	
2. Maladies des voies biliaires et du pancréas :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Précisez : _____	
3. Hépatites :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Type: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Autre	
20 1. Maladie de l'œsophage et de l'estomac :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Précisez : _____	
2. Maladies du colon et du rectum :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	
3. Maladie de Crohn, rectocolite hémorragique :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	
21 1. Maladies des reins :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Précisez : _____	
2. Maladie de la vessie :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	
3. Maladie des voies urinaires :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	
22 1. Maladies psychiques ou psychiatriques :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Précisez : _____	
2. Dépression nerveuse, état anxieux, « Burn out » :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Avez-vous été hospitalisé(e): <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Durée : _____	
23 1. Sclérose en plaques, épilepsie, Parkinson	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Précisez : _____	
2. Paralyse même brève, accident cérébral :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	
3. Autres maladies neurologiques :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	
4. Maladies des muscles, myasthénie :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	
24 Présentez-vous :			
un syndrome du canal carpien DROIT	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Opéré : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Séquelles : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
un syndrome du canal carpien GAUCHE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Opéré : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Séquelles : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
25 1. Maladies des os ou des articulations :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Précisez : _____	
2. MAINS : douleur, déformation ou autre atteinte :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	
3. PIEDS : douleur, déformation, gêne à la marche :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	
26	Localisation:	Dates	Précisez les séquelles:
Fracture:	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	_____
Entorse:	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	_____
Luxation:	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	_____
Tendinite:	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	_____
27 1. Douleurs de la colonne vertébrale, scoliose :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Précisez : _____	
2. Cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, lumbago :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	
3. Sciatique, cruralgie, névralgies cervico-brachiales :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Durée des arrêts de travail : _____	



Paraphe

