

Procuration pour les traitements de médecine complémentaire

Informations sur la personne assurée

N° d'assuré(e)	Date de naissance
Prénom	Nom
Rue/N°	NPA/lieu

Examen de la prise en charge des prestations pour les traitements de médecine complémentaire conformément à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LAA) pour l'assurance complémentaire

Procuration

Vous autorisez votre médecin ou thérapeute de fournir des renseignements à Sympany. Vous autorisez Sympany à consulter les documents médicaux et les factures détaillées ainsi qu'à demander les renseignements nécessaires pour évaluer le droit aux prestations. Vous autorisez en outre Sympany à mandater des clarifications et expertises médicales et à adresser les documents médicaux requis à la personne chargée de l'évaluation. Les médecins, thérapeutes et auxiliaires médicaux sont déliés du secret professionnel vis-à-vis de Sympany, et priés d'adresser les documents exigés directement au service Gestion des prestations Clients privés. Vous confirmez expressément que ces documents peuvent être envoyés directement au service Gestion des prestations Clients privés de Sympany. Les assurances complémentaires ne possèdent pas de service de médecin-conseil. Si des dossiers médicaux concernant votre traitement de médecine complémentaire sont soumis au service de médecin-conseil, ils sont directement transmis aux collaborateurs de la gestion des prestations Clients privés qui traitent la demande. La procuration se rapporte à la thérapie et/ou au déroulement du traitement auprès de la/du thérapeute mentionné(e) ci-dessous, et peut être révoquée à tout moment par le/la soussigné(e), sans indication de motifs. La protection des données est constamment garantie.

Lieu, date

Signature

Questionnaire pour les traitements de médecine complémentaire

Informations sur le médecin/naturopathe/thérapeute complémentaire

Nom Prénom
Lieu Numéro RCC

Informations sur la personne assurée

N° d'assuré(e) Date de naissance
Prénom Nom
Rue/N° NPA/lieu

La cliente/le client exerce-t-il/elle une activité professionnelle?

Si oui, activité professionnelle actuelle:

Non

Motif du traitement

Maladie
Accident, date:
Grossesse
Maternité
Prévention/prévoyance

Quels sont les troubles? Veuillez nous indiquer votre évaluation médicale actuelle et votre diagnostic.

Quel est le diagnostic de médecine traditionnelle (si existant)? Qui l'a établi?

Depuis quand traitez-vous la cliente/le client?

Un autre traitement est-il suivi par la cliente/le client (médecine traditionnelle/médecine complémentaire)?

Si oui, auprès de

Non

Quelle(s) méthode(s) thérapeutique(s) appliquez-vous?

Quelles améliorations ou modifications le traitement a-t-il apportées depuis le début du traitement resp. depuis votre dernier rapport médical?

Comment est envisagée la suite? Prière de ne cocher qu'une seule réponse.

Le traitement est terminé ou sera terminé le

Des troubles résiduels sont encore présents; un traitement final est nécessaire.

Des troubles sont encore présents, la fin du traitement n'est pas prévisible pour le moment.

Un traitement de longue durée est nécessaire (troubles chroniques).

Un traitement préventif ou de prévention des rechutes est nécessaire.

Veillez indiquer le nombre de traitements prévus à l'avenir ainsi que leur fréquence.

Est-il possible de réduire la fréquence des traitements?

Oui, à partir de:

Non, raison:

Quel objectif thérapeutique peut selon vous encore être atteint après votre traitement?

Avec quel concept de traitement cet objectif thérapeutique doit-il être atteint et dans quel cadre temporel?

Des objectifs thérapeutiques concrets ont-ils été convenus avec la cliente/le client?

Oui, les suivants:

Non

Des objectifs thérapeutiques ont-ils déjà pu être atteints?

Oui, les suivants:

Non

Le client/la cliente prend-il/elle des mesures ciblées de promotion de la santé en plus de votre traitement (p. ex. fitness, cours de santé ou autres)?

Oui, les suivantes:

Non

Autres documents

Si vous en disposez, nous vous prions de nous faire parvenir un rapport médical, un rapport d'hôpital ou d'autres documents médicaux. Merci de votre soutien.

Lieu et date

Signature et cachet du médecin, naturopathe, thérapeute