

Questionnaire pour votre spécialiste traitant en médecine complémentaire

Vous trouverez plus d'informations pour les spécialistes de la médecine complémentaire sur :

www.helsana.ch/therapeute-medecine-complementaire

Renseignements personnels de l'assuré(e)

N° d'assuré

Nom, prénom

Rue, n°

NPA, localité

Date de naissance

Spécialiste traitant en médecine complémentaire

Nom, prénom

N° RCC

1 L'assuré exerce-t-il une activité
professionnelle ?

Non Oui

Si oui, activité professionnelle actuelle

2 Motif du traitement :

(prière de cocher une seule réponse)

Maladie
 Accident : date _____
 Grossesse Maternité
 Prévention/prévoyance

2 a) Quels sont les troubles ?

Veuillez indiquer votre évaluation médicale
actuelle ainsi que votre diagnostic spéci-
fique à votre spécialité et votre méthode.

2 b) Si disponible : quel est le diagnostic de la
médecine conventionnelle ?

2 c) Quelle(s) méthode(s) thérapeutique(s)
utilisez-vous en relation avec l'assuré ?

3 Quels améliorations ou changements ont
été constatés grâce à votre traitement
depuis que ce dernier a commencé ou
depuis le dernier rapport ?

- 4 Que prévoyez-vous pour les maladies ou troubles décrits ?
(prière de cocher une seule réponse)
- Le traitement est ou sera terminé au (date) _____
- Des troubles résiduels subsistent ; des traitements finaux sont nécessaires
- Des troubles subsistent, la fin du traitement n'est pas encore envisageable
- Un traitement de longue durée est nécessaire
- Traitements de prévention ou visant à éviter les rechutes

4 a) Veuillez indiquer le nombre de traitements prévus et leur fréquence
(p. ex. 3 traitements, 1x mois)

- 4 b) La fréquence des traitements pourra-t-elle être réduite à l'avenir ?
- Non. Pour quelle raison ?

Oui. A partir de quand ?

- 5 L'assuré applique-t-il des mesures ciblées de promotion de la santé ?
(p. ex. dans le domaine du fitness, des méthodes de relaxation, des cours sur la santé)
- Non
- Oui, lesquelles ?

- 6 En règle générale, êtes-vous le premier interlocuteur de l'assuré pour les questions relatives à la santé ?
- Non Oui

- 7 L'assuré suit-il un traitement auprès d'autres prestataires de médecine complémentaire ?
- Non Oui

Si oui, lesquels ?

(Nom, prénom, méthode de traitement)

Si disponible :

veuillez nous faire parvenir un rapport médical, un rapport hospitalier et/ou d'autres documents médicaux.

Par votre signature, vous confirmez l'exactitude des informations fournies dans le présent questionnaire.

Lieu et date

Signature/sceau du spécialiste traitant en médecine complémentaire

Veuillez envoyer le formulaire à l'adresse suivante :

Helsana Assurances complémentaires SA, Service clients, Spécialiste en médecine complémentaire,
Case postale, 1001 Lausanne

Demande d'envoi de dossiers médicaux aux fins d'examen de notre obligation de verser des prestations dans le domaine de la loi sur le contrat d'assurance (LCA)

Nos collaborateurs traitent les dossiers médicaux avec soin et protègent les données sensibles. Il en va de même pour la personnalité des assurés. Tous les collaborateurs sont soumis à une obligation légale ou professionnelle de confidentialité, tant en matière d'assurance sociale que d'assurance privée. Ceci est également valable après la résiliation des rapports de travail. Une fois traités, les dossiers médicaux sont archivés dans un système sécurisé spécial.

Dans le domaine des assurances-maladie complémentaires selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA), il arrive que des dossiers médicaux soient adressés au « Service du médecin-conseil ». Or, seul le domaine de l'assurance obligatoire des soins selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) prévoit la consultation d'un médecin-conseil. Pour cette raison, tous les dossiers (médicaux) concernant le domaine LCA qui sont adressés par erreur au « Service du médecin-conseil » ou au « Médecin-conseil » sont transmis aux services spécialisés compétents d'Helsana Assurances SA.