

# QUESTIONNAIRE MÉDICAL

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.

Nom, prénom

Date de naissance

Numéro de registre national

OU  
Apposez ici une vignette de la mutualité

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

OUI NON

Veillez cocher oui/non et compléter si nécessaire.

Avez-vous été hospitalisé ces 24 derniers mois ?  
**Si oui, pourquoi ?**

Une hospitalisation est-elle planifiée ?  
**Si oui, pourquoi ?**

Un traitement ambulatoire est-il planifié ou en cours (= sans hospitalisation) ?  
p.ex. une série de séances chez le kiné  
**Si oui, pourquoi et quand ?**

Suivez-vous actuellement un traitement médical dans le cadre d'une transition de genre ? (ex. hormonothérapie, autre traitement spécifique, ...)  
**Si oui, lequel ?**

Prenez-vous régulièrement des médicaments  
**Si oui, quels médicaments et pour quelle affection ?**

Pour les femmes : êtes-vous enceinte ?

## INFORMATIONS SPÉCIFIQUES

Veillez cocher oui/non et compléter si nécessaire.

### Affections cardio-vasculaires

OUI NON

Souffrez-vous ou avez-vous souffert pendant les 5 dernières années de :

- Infarctus
  - Troubles du rythme cardiaque
  - Affection de valve cardiaque
  - Affection des artères
  - Hypertension
  - Hémorragie cérébrale/thrombose cérébrale
  - Malformation cardiaque congénitale
- Si oui, laquelle ?**

Autre affection  
**Si oui, laquelle ?**

### Affections du système respiratoire

OUI NON

Souffrez-vous ou avez-vous souffert pendant les 5 dernières années de :

- Asthme
  - Bronchite chronique
  - Emphysème
  - Apnée du sommeil (avec ou sans traitement)
  - Autre affection
- Si oui, laquelle ?**

### Affections du système digestif

OUI NON

Souffrez-vous ou avez-vous souffert pendant les 5 dernières années de :

- Maladie de Crohn
  - Colite ulcéreuse
  - Infection du pancréas
  - Cirrhose du foie
  - Autre affection
- Si oui, laquelle ?**

### Affections des reins, des voies urinaires et des organes génitaux

OUI NON

Souffrez-vous ou avez-vous souffert pendant les 5 dernières années de :

- Calculs rénaux
  - Reins polykystiques
  - Insuffisance rénale/dialyse
  - Problème de prostate
  - Affection de l'utérus/des trompes
  - Pour des femmes : Suivez-vous actuellement un traitement pour des troubles de fertilité ? (ex. FIV, insémination artificielle, ...)
- Si oui, lequel ?**

Autre affection  
**Si oui, laquelle ?**

### Affections musculaires et ostéo-articulaires

Souffrez-vous ou avez-vous souffert pendant les 5 dernières années de :

- |                                   |                |                |
|-----------------------------------|----------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <b>OUI NON</b> | <b>OUI NON</b> |
| Hanche                            |                | Epaule         |
| Genou                             |                | Pouce          |
| Dos                               |                | Cheville       |

Nom, prénom

Date de naissance

**Arthrose : autre(s) endroit(s)**

**OUI NON**

- Affection rhumatismale
- Hernie discale
- Maladie musculaire

**Si oui, laquelle ?**

- Malformations congénitales des os/articulations

**Si oui, lesquelles ?**

- Ostéoporose (décalcification des os)
- Autre affection

**Si oui, laquelle ?**

**Affections neurologiques et psychiques**

**OUI NON**

Souffrez-vous ou avez-vous souffert pendant les 5 dernières années de :

- Epilepsie
- Sclérose en plaques
- Maladie de Parkinson
- Démence (ex. maladie d'Alzheimer, ...)
- Dépendance aux drogues
- Dépendance à l'alcool
- Autre affection neurologique? (ex. méningite, SLA, ...)

**Si oui, laquelle ?**

- Autre affection psychique (ex. dépression, ....)

**Si oui, laquelle ?**

**Affections de : yeux, bouche, nez, gorge, oreilles**

**OUI NON**

Souffrez-vous ou avez-vous souffert pendant les 5 dernières années de :

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

**Si oui, lesquelles ?**

- Myopie, si  $\geq -6$  (ex. : -6, -7, -8, ...), hypermétropie, si  $\geq +6$  (ex. : +6, +7, +8, ...)?

**Si oui, quelle est la densité de vos verres/lentilles ?**

- Autre affection des yeux (ex. cataracte, ...) ?  
**Si oui, laquelle ?**

- Problèmes auditifs  
**Si oui, lesquels ?**

- Autres affections  
**Si oui, lesquelles ?**

**Affections spécifiques**

**OUI NON**

Souffrez-vous ou avez-vous souffert pendant les 5 dernières années de :

- Obésité (BMI  $\geq 30$ )  
BMI = poids en kg  $\div$  (taille en m X taille en m)  
**Si oui, quel est votre BMI ?**

- Diabète
- Hépatite chronique
- HIV positif/SIDA
- Affection maligne (cancer)  
**Si oui, de quel organe ?**

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

- Avez-vous subi pendant les 5 dernières années une opération pour traiter l'obésité ? (ex. bypass gastrique, anneau gastrique, ...)  
**Si oui, laquelle et quand ?**

- Avez-vous subi une transplantation d'organe ?  
**Si oui, de quel organe ?**

- Souffrez-vous ou avez-vous souffert pendant les 5 dernières années 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 3 mois pour Hospitalia Smart, Care et Plus, et la Garantie Maladies Graves, et 6 mois pour Hospitalia Continuité et Ambulatoire, 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 été faite dans les 3 mois après la naissance (+ exceptions). En cas d'affiliation au produit Hospitalia Smart, Hospitalia Care ou Hospitalia Plus et à la Garantie Maladies Graves, 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 Smart, Hospitalia Care, Hospitalia Plus (pour autant que le stage soit terminé) et pour Hospitalia Ambulatoire et la Garantie Maladies Graves, 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 des suppléments 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 une assurance Hospitalia.