

**Confidentiel**

Assura  
Thérapeute-conseil  
Case postale 7  
1052 Le Mont-sur-Lausanne

## Thérapeute-conseil

«Pour un traitement thérapeutique dépassant 12 séances, le thérapeute doit, spontanément et sans frais, faire parvenir au thérapeute-conseil d'Assura un rapport (voir questionnaire au verso) mentionnant le type de troubles soignés, l'amélioration après 12 séances et le nombre de séances encore nécessaires pour terminer le traitement.»

# Traitement de médecine complémentaire

## Coordonnées de l'assuré(e)

Nom ..... Prénom .....

Assurance n° ..... Date de naissance .....

Adresse ..... NPA, localité .....

## Questionnaire

### 1 Qui a recommandé le traitement ?

Le traitement fait suite à la demande de l'assuré(e)

Le traitement a été prescrit par le médecin (En cas de prescription médicale, prière de joindre le document au dossier)

Nom du médecin .....

### 2 Quels problèmes/troubles ont été évoqués pour justifier le traitement ?

.....

3 Quand le traitement a-t-il débuté pour ces problèmes/troubles ? Début du traitement ..... | ..... | ..... | .....

4 Quelle est la date d'apparition des symptômes ? ..... | ..... | ..... | .....

5 Quel est le nombre de séances déjà effectuées ?

Dates et buts des séances .....

6 Quelles sont les améliorations constatées après votre traitement et sur quel(s) plan(s) physique, émotionnel, nutritionnel, autre ?

.....

7 L'assuré(e) apporte-t-il (elle) une contribution à l'amélioration de son traitement ?  Oui  Non

Si oui, laquelle et avec quel succès et sur quel(s) plan(s) physique, émotionnel, nutritionnel, autre

.....

8 Des médicaments/compléments alimentaires ont-ils été prescrits dans le cadre du traitement ?  Oui  Non

Si oui, lesquels, posologie .....

9 Sur la base de son état de santé actuel, d'autres traitements sont-ils nécessaires ?  Oui  Non

Si oui, combien et sur quel(s) plan(s) physique, émotionnel, nutritionnel, autre ?

.....

Avez-vous adressé votre patient(e) à un autre médecin/thérapeute ?

10 En cas de réponse positive à la question 9, quel est le but des traitements envisagés :

Il s'agit d'un traitement préventif ou de promotion de la santé

Il s'agit d'un traitement thérapeutique

Il s'agit d'un traitement d'entretien

Il s'agit d'un traitement de confort/bien-être

Lieu et date ..... Timbre et signature .....

Adresse d'envoi voir au verso