



GROUPE M.N.C.A.P.

RAPPORT MEDICAL

Mutuelle Nationale des Constructeurs
Et Accédants à la Propriété
5, rue Dosne – 75116 PARIS

A l'attention du Médecin,

En vue de l'appréciation du risque proposé, la personne désignée ci-dessus est invitée à se soumettre à un examen à votre cabinet. Le rapport que nous vous prions d'établir en utilisant la présente formule sera remis à l'intéressé lui-même, sous enveloppe cachetée, si vous le jugez utile. **Nous vous précisons que les rapports médicaux sont analysés par le Médecin-Conseil lui-même qui en prend connaissance sous couvert du secret professionnel.**

Nous vous remercions de votre collaboration et vous prions de croire à notre considération distinguée.

Le Service médical

ETABLI PAR LE DOCTEUR

NOM _____ PRENOM _____

ADRESSE _____

CONCERNANT

NOM PATRONYMIQUE _____ PRENOM _____

NOM MARITAL _____

DATE ET LIEU
DE NAISSANCE _____

PROFESSION _____

ADRESSE _____

SITUATION FAMILIALE Célibataire Marié (e) Divorcé (e) Veuf (ve)

ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES

Personnels : maladies, interventions chirurgicales, accidents, troubles nerveux, psychiques ou autres, crises, soins ou cures, examens et traitements spéciaux, surveillance continue.

(Pour toutes maladies, préciser dates, durée et suites).

(Pour toutes interventions chirurgicales, joindre les comptes rendus opératoires et histologiques).

- **Appareil circulatoire :**

Troubles fonctionnels (Dyspnée, palpitations, douleurs, syncopes) ? _____

Examen clinique du cœur
(Préciser les caractères des bruits anormaux) _____

Fréquence du pouls ? Arythmie ? _____

Etat de l'aorte, des carotides et des artères périphériques ? _____

Etat du système veineux ? _____

Œdème des jambes ? _____

Examen radiographique éventuel ? _____

- **Organes des sens : Troubles Oculaires ?**

Baisse de l'acuité visuelle, corrigée ou non ? _____

Degré d'acuité visuelle avant et après correction ? _____

Si myopie, indiquer date d'apparition des troubles _____

Troubles auditifs ? Acuité ? Vertiges, bourdonnements ? _____

Otorrhée ? tarie depuis quand ? _____

- **Appareils digestifs et annexes :**

Fonctions digestives ? Douleurs ? Troubles du transit ? _____

Appétit ? Soif ? Diarrhée ? Constipation ? _____

Bouche, langue, denture, leucoplasie ? _____

Percussion et palpation du foie ? Subictère ? _____

Percussion et palpation de la rate ? _____

Tumeur abdominale ? _____

Hernie ? réductible ? maintenue par bandage ? _____

- **Etat des os et articulations :**

Signes fonctionnels et physiques ? Statique vertébrale ? _____

Résultats des radiographies ? _____

- **Ganglions lymphatiques anormaux :**

Siège ? Volume ? Consistance ? Mobilité ? _____

- **Glandes endocrines : Anomalies ?**

Goitre ? Signes d'hyperthyroïdie ? _____

- **Appareil génito-urinaire :** Reins ? Testicules ? Seins ?

Anomalie des mictions _____

Urée ? Albumine ? Sucre ? Plus ? Sang ?

Conformation extérieure du bassin ? _____

Causes possibles de dystocie ? _____

Examen local si nécessaire ? _____

Signe de grossesse ? _____

CONCLUSIONS

Résumez antécédents et constatations. Insistez sur les possibilités d'artériosclérose, rhumatisme chronique, alcoolisme, tuberculose, maladies sexuelles.

Faites-vous des réserves sur la longévité du proposant et sur les risques d'invalidité partielle ou totale ? _____

Etabli à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour valoir ce que de droit.

**Le médecin ne doit communiquer au proposant
aucun avis qui préjuger de la décision de la
Mutuelle**

Le _____

LE MEDECIN,

PS : à retourner sous pli confidentiel à :

SERVICE MEDICAL GROUPE M.N.C.A.P

Sous couvert de l'Organisme Présentateur

MNCAP (Décès, Incapacité – Invalidité)

201706 Rapport Médical