

**Confidentiel**

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

*ASSURA*

## **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

### Questionnaire

#### Coordonnées de l'assuré:

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Assurance n°: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ NPA/Localité: \_\_\_\_\_

#### 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

Nom du médecin: \_\_\_\_\_

*(En cas de prescription médicale, prière de joindre le document au dossier)*

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

---

---

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

Début de traitement: \_\_\_\_\_

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

Date de l'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?

Non  Oui *(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?

Non  Oui *(Si oui, lesquels, posologie):* \_\_\_\_\_

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

Non  Oui *(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