



ASSOCIATION FRANÇAISE DES AMBLYOPES UNILATÉRAUX

RÉGIME DE PRÉVOYANCE : LE CONTRÔLE MÉDICAL

[Article II/c du contrat AXA n°651 246 1104]

Le médecin-conseil de l'Association doit donner son avis sur les conditions de validation de toute inscription d'un bénéficiaire au régime de prévoyance, tant à l'origine de cette inscription qu'en plusieurs autres circonstances postérieures. Ces circonstances sont énumérées dans l'encadré qui figure ci-dessous en bas de page. **La case à cocher en bas de page désigne celle pour laquelle le présent certificat est demandé.**

Le certificat doit être établi par le médecin ophtalmologiste traitant du bénéficiaire, après un examen oculaire spécial. Si un examen semblable a été pratiqué depuis moins de 3 mois, il pourra être retenu pour l'établissement du certificat, à condition que, dans l'intervalle, le bénéficiaire n'ait souffert d'aucune affection, ni d'aucun accident dont les conséquences auraient affecté l'état oculaire précédemment constaté.

Une fois le document établi, le bénéficiaire devra le transmettre lui-même, sans retard, sous enveloppe portant la mention «secret médical» à l'adresse suivante :

A.F.A.U.
Monsieur Le médecin-conseil
11 rue Clapeyron
75008 PARIS

RECOMMANDATIONS

Le certificat doit permettre au médecin-conseil de se prononcer en connaissance de cause sur les conditions de la validation. En conséquence, sous peine d'être retourné par le médecin-conseil au bénéficiaire concerné pour qu'il fasse compléter par son ophtalmologiste, le certificat doit préciser tous les renseignements médicaux demandés. La date de l'examen pratiqué devra être indiquée très clairement à l'emplacement prévu, même si elle coïncide avec celle de l'établissement et de la signature du certificat.

DÉLAI DE TRANSMISSION

La transmission au médecin-conseil par le bénéficiaire doit être effectuée dans les 30 jours de la date portée au verso, au dessus du n° d'adhésion. Le dépassement de ce délai peut être admis s'il est signalé sans retard à l'Association à condition d'être justifié par un empêchement majeur.

SUSPENSION DE L'INSCRIPTION

En cas de dépassement non justifié du délai de transmission du certificat, l'inscription est automatiquement suspendue dans tous ses effets jusqu'au jour où le médecin-conseil sera en mesure de se prononcer sur la validation.

CIRCONSTANCES SOUMISES À LA RÈGLE DU CONTRÔLE MÉDICAL AVANT VALIDATION

- 1 Au moment de l'inscription au régime de prévoyance.
- 2 Le cas échéant, au moment d'une ré-inscription.
- 3 Au terme du délai de carence.
- 4 Lors de toute modification d'inscription pour bénéficier d'une option de garantie plus élevée.
- 5 À partir du 50^{ème} anniversaire de l'assuré, s'il demande alors à bénéficier d'une inscription à la garantie des maladies jusqu'au 65^{ème} anniversaire (cette disposition ne s'applique pas pour les assurés qui bénéficient déjà de la garantie des maladies et qui ont adhéré au présent contrat depuis 5 ans au moins, sans interruption)

CERTIFICAT D'ACUITÉ VISUELLE

(destiné à l'association)

CACHET DU MÉDECIN OPHTALMOLOGISTE

Date

Adhésion n°

Civilité et Nom :

Date de naissance :

présente **l'acuité visuelle suivante (après correction optique) :**

Oeil droit : / 10

Oeil gauche : / 10

État de la réfraction ou CO :

État de la réfraction ou CO :

Le présent certificat est établi pour valoir ce que de droit, à la demande de l'intéressé / des parents de l'intéressé.

À

Le

Signature et nom du signataire

RÉSERVÉ DU MÉDECIN-CONSEIL

COMPTE-RENDU D'EXAMEN

(destiné au médecin conseil)

CACHET DU MÉDECIN OPHTALMOLOGISTE

Date

Adhésion n°

Mon cher Confrère,

J'ai examiné Monsieur, Madame, Mademoiselle

le

J'ai constaté que l'oeil **D G** est atteint d'une déficience : Fonctionnelle Organique

d'origine : Congénitale

Traumatique remontant à

Maladie datant de due à

L'examen oculaire montre :

OEIL DROIT

Cornée :
Cristallin :
FO :

TO (hors traitement) :

OEIL GAUCHE

Cornée :
Cristallin :
FO :

TO (hors traitement) :

Observations (Diabète - HTA - etc.) :

Croyez, mon cher Confrère, à mes sentiments très confraternels.

À

Le

Signature