

HOSPITALISATION

Les hospitalisations ne peuvent être remboursées par l'Assureur que dans le cas où elles ont fait l'objet d'un accord préalable de notre Commission Médicale, au vu de ce document. Celui-ci, complété par le Praticien, doit être adressé par courrier ou par fax à :

ACI Gestion – Commission Médicale
BP 35 – 74270- FRANGY – France
service.medical@bil-assurances.fr - Fax : 33 (0)4 50 02 05 65

Cet imprimé doit être adressé 15 jours au moins avant la date prévue d'hospitalisation.

En cas d'urgence médicalement justifiée : cet imprimé doit être adressé dans les 3 jours suivant l'admission.

L'accord de la Commission Médicale sur l'hospitalisation autorise l'établissement d'une Prise en charge, qui sera envoyé directement à l'établissement désigné. En cas de refus de la Commission Médicale, une notification est adressée au patient.

ASSURE	PATIENT
NOM : _____	NOM : _____
PRENOM : _____	PRENOM : _____
N° d'adhésion : _____	Date de naissance : _____
	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

Les soins sont-ils consécutifs à un accident ? OUI NON
Dans l'affirmative, veuillez joindre à ce document un descriptif détaillé des circonstances de l'accident.

A COMPLETER PAR LE PRATICIEN-TRAITANT

LIEU D'HOSPITALISATION PREVU	PRATICIEN-TRAITANT
ETABLISSEMENT : _____	NOM : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Téléphone : _____	Téléphone : _____
Fax : _____	Fax : _____
@mail : _____	@mail : _____

Motif de l'hospitalisation / Signe clinique présentée / Diagnostic médical précis : _____

Nature de l'intervention prévue et programme de traitement : _____

Nature des examens complémentaires à envisager : _____

Durée du séjour :

Date d'entrée ____ / ____ / 20____ Pour un séjour prévu de : _____ jours

S'agit-il d'une prolongation de séjours ? OUI NON

Coût prévisionnel détaillé de l'hospitalisation :

Frais de séjour : _____ € Honoraires des Praticiens : _____ € Autres éléments de coûts : _____ €

Signature et cachet du Praticien

Signature du Patient

Date : ____ / ____ / 20____

J'autorise mon médecin traitant à communiquer au médecin-conseil MGEN toutes les informations médicales nécessaires pour statuer sur mon dossier.

Je certifie exacts et sincères les renseignements portés sur la demande d'entente préalable et n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur, étant entendu que des réponses incomplètes ou inexactes entraîneraient l'application de l'article L 113-8 (nullité du contrat) ou L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances. Je m'engage à communiquer à l'Assureur les informations concernant les assurés dans le strict respect de la législation relative au traitement des données à caractère personnel en vigueur. Ces informations pourront être communiquées aux organismes professionnels habilités, ainsi qu'à tous ceux qui interviennent dans la gestion et l'exécution de ce contrat.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, auprès du Correspondant CNIL de chaque Assureur, dont les adresses sont précisées dans la notice d'information.