

Conseils pour l'utilisation du questionnaire AVS

En cliquant sur le logo **Questionnaire AVS** vous avez automatiquement téléchargé ce document sur le bureau de votre ordinateur.

1. Imprimez-le sur votre imprimante.
2. Remplissez-le manuellement.
3. Scannez-le au **format PDF** et en **200 dpi uniquement**. Le non-respect de cette procédure peut entraîner le non-fonctionnement du téléversement.
4. Enregistrez-le sous une identité compréhensible (vos nom et prénoms par exemple) sur le bureau de votre ordinateur.
5. A la page **Votre consultation**, rubrique **Téléversement des formulaires**, procédez comme suit :
 - remplissez les cases **Nom (requis)**, **Email (requis)** ;
 - cliquez sur la case **Parcourir** de la ligne correspondante et cliquez sur votre fichier qui se trouve sur le bureau de votre ordinateur (cf § 5) ;
 - cliquez sur la case **Envoyer**.

Votre questionnaire AVS se trouve page suivante.

CABINET MEDICAL DU DOCTEUR E. KIENER

Hôpital du Pays d'Enhaut – CH-1660 CHÂTEAU D'OEX

Tél RDV: +41 26 552 43 35 – contact@docteur-kiener.ch

QUESTIONNAIRE POUR UN NOUVEAU PATIENT

Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____

Etat civil : _____

Profession : _____ Tél. prof. : _____

Adresse : _____

NPA et ville : _____

Pays : _____

Tél. domicile : _____ Natel : _____

Adresse e-mail : _____

Assurance de base (LAMAL) - nom de la Cie et n° d'assuré commençant par 807 : _____

Assurance médecine complémentaire (LCA) - nom de la Cie et n° d'assuré commençant 807 : _____

Numéro AVS : _____

Avez-vous déjà suivi un traitement homéopathique ? _____

Médecin référent habituel : _____

Pédiatre (pour les enfants) : _____

Médicaments habituels ou occasionnels : _____

A l'attention des patients de nationalité suisse (ou assurés en Suisse)

A. Le principe des assurances

Il existe deux types d'assurances :

1. l'assurance de base (LAMAL) qui couvre les soins curatifs ;
2. l'assurance complémentaire qui couvre les soins préventifs.

Pour rappel, la plupart des assurances de base (LAMAL) comportent une franchise minimale, comprise entre 150 et 2.500 CHF, alors que les assurances complémentaires n'en proposent pas mais, en général, elles sont plafonnées pour une dépense maximale dans l'année.

S'agissant de l'assurance de base (LAMAL), il importe à chaque patient de vérifier les termes de son contrat afin de savoir s'il est tenu d'obtenir – ou non – l'autorisation de son médecin traitant ou référent pour consulter un médecin ou un chirurgien de son choix. Dans le cas d'une demande d'autorisation, il faut demander au médecin référent **un bon de délégation**.

Dans tous les cas, il est indispensable pour le patient de vérifier auprès de son assurance de base et de son assurance complémentaire les conditions du contrat. Il faut notamment s'assurer qu'elles prennent – ou non – en charge les consultations, analyses biologiques, imageries médicales, prescriptions de physiologie, etc.

En 2020, et dans le respect de cette optique, le docteur orientera sa pratique vers l'un ou l'autre mode selon les besoins de la patientèle. Il invite donc les patients qui ne l'auraient pas déjà fait à souscrire une assurance complémentaire permettant la prise en charge des soins préventifs.

B. Le bon de créance

Lorsqu'un patient, suivi par son médecin référent, décide de sa propre initiative de consulter un autre médecin, il engage des frais qui sont à sa charge (non remboursés par l'assurance de base LAMAL).

Ces frais lui seront plus ou moins remboursés en fonction du niveau de couverture de son assurance complémentaire.

En signant un bon de créance en faveur du médecin non référent, il évite de déboursier une somme d'argent parfois importante. Reste évidemment à sa charge le montant de la partie non remboursée.

(Voir page suivante un exemple de bon de créance et ses modalités d'utilisation).

**CESSION DE CREANCES
ou
DOMICILIATION DE PAIEMENT**

***A SIGNER OBLIGATOIREMENT SI ON L'ACCEPTE
MAIS LA CESSION N'EST PAS OBLIGATOIRE***

*C'est un document par lequel le patient cède toutes ses prétentions au
remboursement par la caisse maladie
A renouveler chaque année !*

Par la présente, je soussigné(e).....

n° assuré (à préciser 807.....

cède au

Dr Eric KIENER Q 994022 qui a signé une convention avec la caisse des médecins

toutes mes prétentions au remboursement,

par ma caisse-maladie (à préciser impérativement).....

de sommes qu'il m'a facturées pour le ou les traitements

pour une durée de 1an renouvelable par tacite reconduction.

J'autorise ainsi ma caisse-maladie à verser directement au docteur EK

le montant de la note d'honoraires concernée.

Lieu et date :

Signature du patient :

Envoyez svp

1 exemplaire que l'on garde pour soi

1 exemplaire pour l'assurance

1 exemplaire pour le médecin par courrier postal ou électronique