

DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE - HOSPITALISATION

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

Médecin conseil de Henner - 14 boulevard du Général Leclerc, CS 20058, 92527 Neuilly-sur-Seine Cedex, France
Fax : +33 1 85 64 74 15

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

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

L'accord du Département Médical sur l'hospitalisation autorise l'établissement d'une Prise en Charge, qui sera envoyée directement à l'établissement désigné. En cas de refus du Département Médical, une notification est adressée au patient.

Nom et prénom de l'assuré :

N° d'identification Henner :

Nom et prénom du patient :

Date de naissance :

Sexe :

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 COMPLÉTER PAR LE PRATICIEN-TRAITANT

Lieu d'hospitalisation prévu (nom de l'établissement, adresse, téléphone, fax, @ mail) :

Praticien traitant (nom, adresse, téléphone, fax) :

Motif de l'hospitalisation / Signes cliniques présentés / Diagnostic médical précis :

Nature de l'intervention prévue et programme de traitement :

Nature des examens complémentaires à envisager :

Durée de séjour :

Date d'entrée :

Pour un séjour de :

S'agit-il d'une prolongation de séjour (oui / non) ?

Coût prévisionnel détaillé de l'hospitalisation :

Frais de séjour :

Honoraires des praticiens :

Autres éléments de coûts :

Signature et cachet du Praticien :

Date :

Pour toute précision médicale : +33 1 55 62 53 42

Signature et cachet du Praticien :

J'autorise mon médecin traitant à communiquer au dentiste-conseil de **Henner** toutes les informations médicales nécessaires pour statuer sur mon dossier

PRIOR AGREEMENT APPLICATION - HOSPITALIZATION

Hospitalization may be refunded by **Henner International operations** only if they are the subject of a prior agreement of our Medical Advisory Board, on the basis of this document, which must be completed by the Physician and sent by post or fax to:

**Henner Medical Advisor - 14 boulevard du Général Leclerc, CS 20058, 92527 Neuilly-sur-Seine Cedex, France
Fax : +33 1 85 64 74 15**

This form must be sent no later than 15 days prior to the date of hospitalisation.

In the event of a medically justified emergency, this form must be sent within 3 days following admission.

The Medical Advisory Board's agreement to the hospitalization will authorise issuance of an undertaking to reimburse, which will be sent directly to the designated institution. The Medical Advisory Board will notify the patient in the event of a refusal.

Insured person's surname and first name:

Henner Id No.:

Patient's surname and first name:

Date of birth:

Sex:

Is the current prior agreement application in direct relation with an accident? Yes No

If yes, please attach to this document a detailed report describing the circumstances of the accident.

TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING PRACTITIONER

Proposed place of hospitalization (name of institution, address, telephone, fax, e-mail):

Attending physician (name, address, telephone, fax):

Reason for the hospitalization / Clinical symptoms presented / Precise medical diagnosis:

Nature of the proposed intervention and treatment programme:

Nature of any additional examination to be carried out:

Length of stay:

Date of admission:

For a stay of:

Is it an extension of stay (y/n)?

Detailed estimated cost of the hospitalization:

Hospital charges:

Physicians' fees:

Other cost elements:

Physician's seal and signature:

Date:

For medical information: +33 1 55 62 53 42

Patient's signature:

I hereby authorise my Physician to send to **Henner** medical advisor all the medical information required for making a decision on my file.