



demande d'entente préalable hospitalisation

Les hospitalisations ne peuvent être remboursées que dans le cas où ils 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 **au moins 15 jours avant** la date prévue de l'hospitalisation (ou **3 jours après l'admission en cas d'urgence** médicalement justifiée) par courrier, par fax ou Email à :

Médecin-conseil d'AXA Luxembourg
1, place de l'Etoile L-1479 LUXEMBOURG
☎ : (+352) 44 24 24 43 04
✉ optisoins@axa.lu

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.

Patient

Madame Mademoiselle Monsieur
Nom du preneur d'assurance: _____ Prénom du preneur d'assurance: _____
Nom du patient: _____ Prénom du patient: _____
Date de naissance du patient : ____ / ____ / ____ Sexe du patient: F M
Les soins sont-ils consécutifs à un accident ? Non Oui
Si **oui**, 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, Email) :	
Praticien traitant (nom de l'établissement, adresse, téléphone, fax, Email) :	
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 : ____ / ____ / ____	S'agit-il d'une prolongation de séjour <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Coût prévisionnel détaillé de l'hospitalisation :	
Frais de séjour : _____ €	Honoraires des praticiens : _____ €
Autres éléments de coûts : _____	Coûts de ces autres éléments : _____ €

Le médecin traitant de l'assuré est autorisé à communiquer au Médecin-conseil d'AXA Luxembourg toutes les informations médicales nécessaires pour statuer son dossier. L'information sera conservée de manière confidentielle. Elle sera uniquement relevée aux personnes impliquées dans votre traitement ou vos soins.

Fait à _____, le _____

Signature et cachet du praticien-traitant

Signature du patient (ou éventuellement du tuteur ou parent du patient)