



demande d'entente préalable actes en série et prothèses médicales

Les actes en série ne peuvent être remboursés 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 pour le début du traitement 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

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 :

Sont concernés les actes suivants :

Traitements de type 1 : acupuncture, chimiothérapie, dialyse, électrothérapie, physiothérapie, radiothérapie, kinésithérapie, orthophonie, orthoptie, soins infirmiers, prothèses médicales (1)

Traitements de type 2 : traitements psychiatriques ou psychothérapeutiques (uniquement pour les traitements effectués par un médecin)

(1) Prothèses médicales : joindre l'ordonnance

Traitements de type 1

| | |
|------------------------|----------------|
| Pathologie présentée : | |
| Nature des actes : | |
| Nombre d'actes : | Coût total : € |

Traitements de type 2

| | |
|--|---------------------------|
| Description des symptômes cliniques : | |
| Diagnostic : | |
| Antécédents personnels : | Antécédents familiaux : |
| Personnalité du patient : | |
| Type de thérapie envisagé : | |
| Contrat thérapeutique : | |
| Objet de la thérapie avec résultats attendus : | |
| Nombre total des séances : | |
| Fréquence des séances : | Coût de chaque séance : € |

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) |
|---|