



## FICHE D'ADMISSION

(Veuillez écrire en caractère d'imprimerie)

Madame     Monsieur

Nom/s : \_\_\_\_\_

Prénom/s : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Garant (cas échéant) : \_\_\_\_\_

Adresse (rue + n°)  
(répondant légal) : \_\_\_\_\_

CP / Localité : \_\_\_\_\_

Tél. fixe et/ou mobile : \_\_\_\_\_

Tél. professionnel : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Etat civil : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Permis de séjour :  Oui      Lequel ?     B     C  
 Non

Caisse maladie : \_\_\_\_\_ N° d'assuré (facultatif) : \_\_\_\_\_

Etes-vous au bénéfice de prestations complémentaires ou pris en charge par une autre institution ?

Oui      Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

si SPC : n° du dossier : \_\_\_\_\_

Non

**VEUILLEZ PRENDRE CONNAISSANCE DES CONDITIONS GÉNÉRALES ET DE CONSENTEMENT  
PRÉSENTÉES AU VERSO DE CE FORMULAIRE ET SIGNER POUR ACCORD**

## Conditions générales

Hormis pour les traitements réalisés en orthodontie, la Consultation de programmation de la Clinique universitaire de médecine dentaire (CUMD) est globalement chargée de l'établissement des plans de traitement et des devis initiaux. Ces documents sont payants.

Tarifs des consultations en programmation		
	Code	CHF
<i><u>Prestation obligatoire</u></i>		
Consultation clinique	4.0000	73.20
Taxe de base pour la désinfection	4.0300	13.90
<i><u>Prestation complémentaire selon besoin*</u></i>		
Radiographies bite-wings (2x)	4.0500	38.40
Radiographie apicale	4.0500	19.20
Radiographie panoramique : (réalisée par les HUG sur le site)	4.0530	156.90

\*Si vous disposez de radiographies récentes, amenez-les à la première convocation

La première convocation pour l'établissement du devis intervient dès que possible après réception de ce formulaire. Le délai varie en fonction des disponibilités mais il peut être de plusieurs semaines. Tous les cas compatibles avec les exigences de l'enseignement et les capacités d'absorption sont pris en charge. Les consultations effectuées par des étudiant-es nécessitent environ deux heures consécutives. Elles sont fixées en fonction du niveau de formation des étudiant-es et de leur disponibilité.

Nous vous prions de noter que le devis initial proposé prend en compte l'ensemble des constats nécessitant des soins et non seulement votre demande spécifique. Ce devis peut être modifié ultérieurement en clinique ; le cas échéant, un nouveau devis est établi et soumis à votre signature. Pour nous permettre une meilleure prise en charge, nous vous demandons de vous munir de la liste des médicaments que vous prenez au moment du rendez-vous, le cas échéant.

La première consultation en orthodontie est offerte; elle est organisée selon les besoins de l'enseignement. Les frais de documentation initiale s'élèvent à CHF 600.-- si le/la patient-e décide de suivre le traitement orthodontique proposé.

Les rendez-vous vous sont rappelés par sms et/ou par e-mail pour autant que votre numéro de téléphone portable et votre adresse e-mail figurent au dossier. Les annulations doivent être annoncées 48 heures à l'avance, faute de quoi les rendez-vous vous seront facturés. Dès la troisième consultation manquée, la CUMD se réserve le droit de mettre un terme immédiat au traitement.

Dans le cas où les informations qui figurent dans ce formulaire s'avèreraient erronées et qu'elles engendreraient, de ce fait, une charge de travail supplémentaire notamment pour l'ajustement du devis, la CUMD se réserve le droit de vous facturer un montant pouvant aller jusqu'à CHF 100.--.

La CUMD a mandaté la Caisse pour médecins-dentistes (CMD) pour la facturation des prestations. Nous vous invitons à prendre connaissance des conditions appliquées par la CMD sur le site <https://www.zakag.ch/fr/>.

### Par ma signature :

- J'affirme avoir pris connaissance et accepté les conditions générales.
- J'autorise la CUMD à effectuer les contrôles nécessaires en matière de solvabilité.
- J'accepte que la CUMD communique les données personnelles et médicales nécessaires à la Caisse pour médecins-dentistes SA (CMD), aux Hôpitaux Universitaire de Genève (HUG) ainsi qu'à tout tiers payant, notamment en vue du recouvrement des honoraires de la CUMD.
- J'affirme avoir aussi pris connaissance et accepté de pouvoir être l'objet de prises de vues photographiques.
- Sur la base des informations qui m'ont été transmises, je confirme avoir été suffisamment informé-e quant à l'utilisation envisagée pour les besoins de l'enseignement et/ou de la recherche au sein et à l'extérieur de la CUMD ou pour des publications scientifiques des données de mon dossier médical, y compris les images et les photographies réalisées, et déclare en conséquence **accepter / refuser (entourer ce qui convient)** l'utilisation pressentie. En cas d'acceptation, j'ai pris note que je peux retirer mon consentement à tout moment par simple avis écrit. NB : Le refus implique la renonciation à l'abattement didactique.

Genève, le \_\_\_\_\_

Signature du/de la patient-e ou du/de la répondant-e légal-e : \_\_\_\_\_