## Formulaire d'inscription pour les patient·e·s

|   | _ Lieu:<br>_ Mobile:<br>_ Employeur et No de tél.:   | _ NPA:   |   |
|---|--|--|---|
| Téléphone:  | _ Mobile:<br>_ Employeur et No de tél.:  | _ E-Mail:  |   |
| ·   | Employeur et No de tél.:   |  |   |
| Représentant légal:   |  |  |   |
|   | N° AVS:  |  |   |
| N° de carte:  |  | _ N° d'assuré(e): _  |   |
| Assurance-maladie:  | _ Assurance complémentaire: □ non □ o  | ui, auprès de:   |   |
| Médecin assignant:  |  | _ Médecin traitar  | 1:  |
| Je souhaite recevoir mes factures ou copies de factur En signant le présent document, j'autorise le médecin - à demander à l'assureur-maladie les données nécess d'assuré(e) dans le cadre de la procédure en ligne); - à transmettre les données nécessaires à la facturatic organismes publics compétents (en particulier les of - à procéder ou à faire procéder par des personnes ma - à demander à consulter mon dossier médical et à en | es:  par voie électronique* Sans sélection, le<br>caires à la couverture d'assurance, à la garantie<br>on et au recouvrement à MediData AG ou à son<br>fices des poursuites, les tribunaux);<br>andatées par lui à des enquêtes sur ma solvabil<br>voyer les résultats médicaux à mon médecin transcriptions effectué les indications susmentionné | de prise en charge partenaire de reco ité en utilisant les oraitant. | et à la facturation (notamment au moyen de la carte<br>ouvrement, à l'avocat qui s'en occupe ainsi qu'aux |
| Lieu / date:  |  | _ Signature:   |   |

Le traitement de vos données personnelles s'oriente en fonction de la déclaration de confidentialité actuelle du médecin. Cette déclaration de confidentialité peut être consultée sur le site Internet du médecin ou bien dans son cabinet.

<sup>\*</sup> Concernant les systèmes de décompte Tiers payant et Tiers garant et le transfert électronique, veuillez consulter les indications au verso.

**Tiers payant:** Vous n'avez pas à régler vous-même la facture – votre médecin l'envoie directement à votre caisse-maladie.











Envoi de la facture électronique du médecin a la caisse via le réseau MediData. Copie de la facture à la patiente ou au patient

Caisse-maladie / assurance

Règlement du médecin

Tiers garant: Vous réglez vous-même la facture – vous envoyez le justificatif de remboursement à votre caisse-maladie pour être indemnisé.

















Envoi de la facture du médecin

Patient-e

Demande de remboursement auprès de la caisse

Règlement du patient ou de la patiente

Patient-e

Tiers payant: facture du médecin envoyée directement à votre assurance

En tant que patient e, vous ne payez pas vous-même la facture du médecin. Votre médecin envoie sa facture directement à votre assurance-maladie. L'assureurmaladie verse le montant dû au médecin et vous envoie une facture concernant votre part (franchise, quote-part, frais non couverts). Vous avez droit à une copie de la facture

## Tiers garant: vous réglez vous-même la facture du médecin

Les patient es reçoivent directement la facture de la part de leur médecin. Vous en réglez le montant et en demandez ensuite le remboursement à votre assureur-maladie conformément à votre droit à indemnisation.

## Transfert électronique

Par souci d'efficacité et pour des raisons de sécurité, les documents sont envoyés aux patient es et aux assureurs par le biais d'une société partenaire spécialisée (MediData). Le transfert électronique aux patient es est effectué en utilisant l'adresse e-mail ou le numéro de mobile. Dans la mesure où le patient ou la patiente utilise eBill, il est également possible d'effectuer un transfert via eBill. Les données des patients transmises sous forme électronique ne font l'objet d'aucune vérification matérielle de la part de MediData. Les normes de sécurité étant analogues à celles du service bancaire en ligne, les données ne peuvent pas être consultées durant leur transmission