CHU Poitiers
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

PÔLE IMAGERIE
Secteur IRM

Questionnaire administratif

Nom et prénom :
_____

Date de naissance :
____/____/_____

A remplir **OBLIGATOIREMENT** avant la prise de rendez-vous,
et **à envoyer** par mail à :
sec.irm@chu-poitiers.fr

Poids ..... Kg

Taille .....cm

ADMINISTRATIF		
L'IRM demandée entre-t-elle dans le cadre d'une prise en charge à 100% ? Non □ Oui □ (précisez ci-dessous) □ Affection de longue durée déclarée à la sécurité sociale (ALD) □ Complémentaire Santé Solidaire (CSS anciennement CMU) □ Accident de travail/Maladie professionnelle (AT/MP) □ Aide médicale d'Etat (AME) □ Aide pour complémentaire santé (ACS)		
Si l'IRM demandée N'ENTRE PAS dans le cadre d'une prise en charge à 100%		
Je donne mon accord pour un rendez-vous IRM dans le cadre de l'activité libérale d'un radiologue conventionné, appliquant les tarifs de base de la CPAM. Si votre réponse est oui, vous bénéficierez du tiers payant et n'aurez qu'à avancer la part complémentaire, remboursable par votre mutuelle (16,72 euros ou 20,92 euros selon le type d'examen IRM).	Oui □	Non □
Je donne mon accord pour un rendez-vous IRM dans le cadre de l'activité libérale d'un radiologue conventionné, pratiquant des dépassements d'honoraires. Si votre réponse est oui, vous bénéficierez du tiers payant et aurez à avancer la part complémentaire (16,72 euros ou 20,92 euros selon le type d'examen IRM) et le dépassement d'honoraires (au maximum 40 euros), remboursables par votre mutuelle selon votre contrat.	Oui □	Non □

Le ...../...../.....
Signature :