



**VEUILLEZ PRENDRE CONNAISSANCE DES CONDITIONS GÉNÉRALES  
ET DU CONSENTEMENT SPÉCIFIQUE PRÉSENTÉS EN PAGE 2 ET 3,  
SIGNER POUR ACCORD LES PAGES 2 ET 3 ET RETOURNER LES 3 PAGES**

Madame       Monsieur

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

Prénom/s : \_\_\_\_\_

Date de naissance :  .  .

Répondant-e légal-e : \_\_\_\_\_

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

Code postal / Localité : \_\_\_\_\_

Tél. fixe et/ou mobile : \_\_\_\_\_

Tél. professionnel : \_\_\_\_\_

Adresse email : \_\_\_\_\_

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

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

Nationalité : \_\_\_\_\_

Permis de séjour :  Oui    Lequel ?       **B**     **C**     **G\***     **CL\***

Non      *\*validité au moins 2 ans*

Caisse maladie : \_\_\_\_\_

N° AVS :  .  .  .

Garant-e : Etes-vous au bénéfice de prestations complémentaires ou d'une prise en charge par une autre institution ou par une fondation ?

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

si SPC :      n° du dossier : \_\_\_\_\_

Non

# 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
<u>Prestation obligatoire</u>		
Consultation clinique	4.0000	73.20
Taxe de base pour la désinfection	4.0300	13.90
<u>Prestation complémentaire selon besoin*</u>		
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 pourra être ensuite modifié 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.

La première consultation en Clinique d'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 courriel 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.

Si les informations qui figurent dans ce formulaire s'avéraient erronées et qu'elles engendraient 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), ainsi qu'à tout tiers payant, notamment en vue du recouvrement des honoraires de la CUMD.
- ✚ J'accepte que la CUMD communique les données personnelles et médicales nécessaires aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) notamment pour la prise de radiographies extraorales.
- ✚ J'affirme avoir aussi pris connaissance et accepté de pouvoir être l'objet de prises de vues photographiques.

Genève, le \_\_\_\_\_

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

# CONSENTEMENT SPÉCIFIQUE

La Clinique universitaire de médecine dentaire (CUMD) est l'une des trois sections de la Faculté de Médecine de l'Université de Genève (UNIGE). Sa principale mission est la promotion de la santé bucco-dentaire auprès de la population au travers de l'enseignement, de la recherche et des soins aux patient-es. Il s'agit de procurer respectivement aux étudiant-es, aux chercheurs/euses et aux patient-es la plus haute qualité d'enseignement, la meilleure structure pour la recherche et l'innovation, et les meilleurs soins dentaires à moindre coût.

La CUMD fournit ainsi à la population genevoise des prestations de soins cliniques préventifs et thérapeutiques, assure une formation académique et clinique de base aux étudiant-es en médecine dentaire, ainsi que des formations approfondies et continues aux médecins-dentistes, et mène des recherches aux niveaux fondamental, translationnel et clinique dans le vaste domaine de la santé bucco-dentaire.

Pour remplir ses missions d'enseignement et de recherche, la CUMD, à savoir les membres de son personnel et les étudiant-es en médecine dentaire de l'UNIGE, doivent pouvoir avoir accès aux données figurant dans le dossier médical du/de la patient-e ainsi que l'ensemble de la documentation liée, et pouvoir utiliser ces données, épurées de toute information d'identification personnelle, à des fins d'enseignement et de recherche dans le cadre exclusif des activités institutionnelles de l'UNIGE. Les exigences posées par la loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain (activités de recherche) et à la loi sur l'information du public, l'accès aux documents et la protection des données personnelles (activités d'enseignement) demeurent expressément réservées.

Les soins réalisés par des étudiant-es en formation pré-grade, hors soins orthodontiques, bénéficient d'un rabais de 70%. Les soins réalisés par des étudiant-es diplômé-es en formation de spécialisation (post-grade) bénéficient d'un rabais de 25%. Les soins réalisés en Clinique d'orthodontie bénéficient d'un rabais de 25%. Les soins réalisés par des médecins-dentistes professionnel-les ne bénéficient d'aucun rabais.

## Sur la base de ces informations et par ma signature :

- ✚ Je confirme avoir été suffisamment informé-e, avoir bien compris et accepter l'utilisation des données, épurées de toute information d'identification personnelle, de mon dossier médical, y compris les images et les photographies réalisées, par les membres du personnel de la CUMD et les étudiant-es en médecine dentaire de l'UNIGE pour les besoins de l'UNIGE en matière d'enseignement et/ou pour la recherche scientifique et/ou à des fins de publications scientifiques.
- ✚ Je confirme que j'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à la portée de ce consentement.
- ✚ Je prends note que je peux retirer ce consentement à tout moment par simple avis écrit adressé à la CUMD (selon adresse figurant au bas de la 1<sup>ère</sup> page de ce document).
- ✚ Je confirme avoir compris que le refus de consentement peut impliquer la renonciation aux rabais didactiques tels que mentionnés ci-dessus.

Nom/s, Prénom/s : \_\_\_\_\_

Date de naissance :   .   .

Genève, le \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_