

Demande de garantie préalable au médecin-conseil de l'assureur-maladie (annexe 1, chiffre 11 OPAS)

Patient :

Nom :
Prénom :
Adresse :
Téléphone :

CAS : Maladie Accident :

Nom de l'assurance de base :

Division Base Semi-privé Privé

N° de l'assurance :

Nom de l'assurance complémentaire :

N° de l'assurance complémentaire :

Diagnostic principal/ Date de l'évènement :

.....
.....

Comorbidités actives :

.....
.....

BUT DU SEJOUR	PROFILE DE L'AUTONOMIE					
			Autonome	Avec stimulation	Exige de l'aide	Dépendant
Réadaptation à la marche	<input type="checkbox"/>	Manger boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réadaptation AVQ	<input type="checkbox"/>	Se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconditionnement - renutrition	<input type="checkbox"/>	S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluation de l'autonomie	<input type="checkbox"/>	Continence vésicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suite de traitement	<input type="checkbox"/>	Continence anale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Se déplacer à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Troubles de l'humeur Non Oui Si oui, précisez :

Comorbidités actives Non Oui Si oui, précisez :

Projet de retour prévu : Domicile : EMS/Div.C Autre :

Hôpital/Clinique/ Service envoyeur : Date :/...../..... Entrée souhaitée au CTR dès le.....	N°tél/ n°interne :	Personne de contact en cas de transfert
---	------------------------------------	--

Formulaire à communiquer par fax au CTR, pour décision **Timbre et signature du CTR**

Nom du CTR : N°fax :
Date :/...../.....
Date d'entrée en CTR :

A communiquer par fax au service du médecin-conseil de l'assureur-maladie avant l'admission (Annexe 1, chiffre 11 OPAS)

Nom de l'assureur :

Préavis du service du médecin-conseil de l'assureur : Accepté Refusé

Retour dans les 48h, sinon accepté
En cas de refus, motivation par lettre séparée

Date...../...../.....