

**GARANTIE DE PAIEMENT POUR TRAITEMENTS EXTRACANTONAUX
AU TARIF DE L'HÔPITAL TRAITANT SELON L'ARTICLE 41.3 LAMAL**

Les rubriques A à F doivent être remplies de manière complète et lisible par le médecin présentant la demande.
Les formulaires illisibles et incomplets seront renvoyés!

A Médecin présentant la demande

Nom/Prénom: _____ Tél: _____
 Adresse: _____ Fax: _____
 Date de la demande: _____ Timbre et signature du médecin:

B Hôpital de destination:

Nom de l'hôpital: _____
 Adresse: _____
 Tél: _____ Fax: _____ Service : _____
 Date d'entrée: _____ Médecin responsable: _____
 Tarif : prix de base en CHF : _____
 Tarif journalier en CHF : _____

C Données personnelles de la patiente / du patient

Nom: _____
 Prénom: _____
 Date de naissance: _____ Sexe: m f
 Adresse: _____ Numéro d'assuré de l'AVS (NAVS13) : _____
 NPA/lieu: _____ Canton : _____

D Confirmation selon laquelle ni l'assurance-accidents, ni l'assurance-invalidité ou l'assurance militaire ne sont tenues à prestations

- Il existe une obligation de prestation de l'assurance-accidents (AA)
 Il existe une obligation de prestation de l'assurance-invalidés (AI)
 Il existe une obligation de prestation de l'assurance-militaire (AM)
 Il existe une obligation de prestation de l'assurance-maladie (Amal)

- Assurance-maladie
 Assurance-accidents
 Assurance-invalidité

Adresse :

Statut d'assuré:

- Div. commune Div. semi-privée Div. Privée

E Indication

Selon estimation du médecin présentant la demande, prestation **non disponible** dans un hôpital figurant sur la liste hospitalière du canton de domicile légal du patient
 Durée probable de séjour: _____

Urgence (prière d'envoyer, par courriel, voie postale ou fax, la formule remplie immédiatement après urgence au service médical compétent du canton de domicile du patient)
 Lieu et heure de survenance de l'urgence: _____
 Aptitude au retransfert: _____

F Données médicales (réservées strictement aux médecins concernés et au service compétent du canton de domicile)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

- Première demande
 Demande de reprise en considération (justification impérative)
 Prolongation de la demande d'octroi de la garantie de paiement (selon pour les cas de la réadaptation ou la psychiatrie):

Diagnostic / en cas d'urgence, indiquer également les motifs:

Thérapie prévue / Traitement dans l'hôpital de destination:

