

Demande de garantie en Rééducation et Réadaptation (assurance de base et/ou complémentaire)

Patient Nom : Prénom : Adresse : Domicile : Canton : Date naissance : Sexe : Etat civil : Profession : Employeur :	1. Entrée directe du domicile	<input type="checkbox"/>
	2. Transfert établissement externe	<input type="checkbox"/>
	3. Consécutif au séjour aigu	<input type="checkbox"/>
	Transfert de	
	Cas :	REA
	No dossier :	
	Service :	CRH/UGR
	Entrée :	Site de Porrentruy
	Classe :	Dès que possible
	Genre admission:	
Médecin hôpital :		
No EAN médecin hôpital :		
Médecin traitant :		
No EAN médecin traitant :		

Assureur	No d'assuré :
	No d'accident :
	No Covercard :
	No AVS :
No EAN	

Diagnostic principal / Date de l'événement	Comorbidités
.....
.....

But du séjour		Profil de l'autonomie (si connu de l'hôpital)			
		Autonome	Avec stimulation	Exige de l'aide	Dépendant
Rééducation neurologique après AVC	<input type="checkbox"/>				
Rééducation de l'appareil locomoteur :	<input type="checkbox"/>	Manger et boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rééducation post-chirurgicale après chirurgie orthopédique et chirurgie du rachis	<input type="checkbox"/>	Se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Affections dégénératives des articulations	<input type="checkbox"/>	S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lombalgies subaiguës et chroniques	<input type="checkbox"/>	Continence vésicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Algoneurodystrophie et affections inflammatoires	<input type="checkbox"/>	Continence anale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rééducation après amputation d'un membre	<input type="checkbox"/>	Se déplacer à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réadaptation à la marche	<input type="checkbox"/>	Destination :			
Réadaptation AVQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Réadaptation polyvalente gériatrique <input type="checkbox"/> Réadaptation en médecine interne et oncologique <input type="checkbox"/> Réadaptation musculo-squelettique <input type="checkbox"/> Réadaptation neurologique			
Reconditionnement - renutrition	<input type="checkbox"/>	Date d'entrée souhaitée : Dès que possible			
Evaluation de l'autonomie	<input type="checkbox"/>	Durée du séjour prévue : jours			
Suite de traitement	<input type="checkbox"/>				

Troubles de l'humeur :	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	si connu de l'hôpital, à préciser
.....					
Troubles cognitifs :	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	si connu de l'hôpital, à préciser
.....					
Projet de retour prévu :	Domicile	<input type="checkbox"/>	EMS	<input type="checkbox"/>	Autre.....

A remplir par le médecin

Nos coordonnées : Hôpital du Jura Centre des garanties Chemin de l'Hôpital 9 2900 Porrentruy Tél. : 032 465 49 71 E-Mail : garanties@h-ju.ch	Personne de contact en cas de transfert : 	Timbre et signature du demandeur Date :
Préavis du service du médecin-conseil de l'assureur : accepté <input type="checkbox"/> durée : _____ refusé <input type="checkbox"/> Retour dans les 3 jours ouvrables par e-mail, sinon accepté En cas de refus, motivation par lettre séparée		

La demande de garantie préalable est communiquée par mail au médecin-conseil de l'assureur-maladie avant l'admission, pour décision. (annexe 1, chiffre 11 OPAS).

La décision du médecin-conseil est communiquée par mail à l'hôpital de Rééducation et Réadaptation

Convention d'hospitalisation CTR-TCC H-JU 2006 – Annexe A