

**GARANTIE DE PAIEMENT pour traitement hospitalier au tarif de l'hôpital traitant selon l'article 41, alinéa 3, LaMAL (nécessité médicale) dans un hôpital ne figurant pas sur la liste hospitalière du canton de domicile**

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) Données personnelles de la patiente / du patient	
Nom:	Date d'entrée:
Prénom:	Numéro du cas:
Adresse:	Numéro d'assuré AVS (NAVS13):
NPA/lieu:	Date de naissance:
Canton:	Sexe: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f

B) Médecin présentant la demande (requérant)	
Nom:	Timbre et signature du médecin:
Prénom:	
Adresse:	
Date de la	
Tél:	
Courriel:	

C) Hôpital de destination			
Nom de l'hôpital::	Clinique HUG-Crans-Montana	Tél:	027.485.61.22
Adresse:	Impasse Clairmont, 2 3963 Crans-Montana	Courriel:	admissions.cgm@hcuge.ch
		Numéro RCC:	E 1763.25
Service:		Tarif:	Prix de base SwissDRG CHF:
Médecin responsable:	Dre Simona MATEICIUC		Forfait journalier CHF:
			Prix de base TARPSY CHF:

D) Assurance	
<input type="checkbox"/> Assurance maladie	Nom:
<input type="checkbox"/> Annoncé à l'assurance-accidents	Statut d'assuré: <input type="checkbox"/> division commun
<input type="checkbox"/> Annoncé à l'assurance invalidité	<input type="checkbox"/> semi-privée
	<input type="checkbox"/> privée

E) Raison de la demande	
<input type="checkbox"/> <b>Nécessité médicale:</b> selon estimation du médecin présentant la demande, la prestation <b>n'est pas disponible</b> dans un hôpital figurant sur la liste hospitalière du canton de domicile de la patiente / du patient.	
Durée probable du séjour:	
Raisons précises de l'hypothèse de la non-disponibilité de la prestation dans le canton de domicile:	
<input type="checkbox"/> <b>Urgence</b> (sert à informer a posteriori d'une urgence).	
Lieu, date et heure de survenance de l'urgence:	

F) Données médicales (STRICTEMENT CONFIDENTIEL : réservées strictement aux médecins concernés et au service compétent du canton de domicile)	
<input type="checkbox"/> Première demande	
<input type="checkbox"/> Demande de reprise en considération / opposition (justification impérative)	
<input type="checkbox"/> Prolongation de la demande d'octroi de la garantie de paiement	
Diagnostic / en cas d'urgence, indiquer également les motifs :	
Thérapie / mesure prévue dans l'hôpital de destination :	

**GARANTIE DE PAIEMENT pour traitement hospitalier au tarif de l'hôpital traitant selon l'article 41, alinéa 3, LaMAL (nécessité médicale) dans un hôpital ne figurant pas sur la liste hospitalière du canton de domicile**

**Décision du canton de domicile du patient / de la patiente**

C) Hôpital de destination	
Nom de l'hôpital:	Clinique HUG-Crans-Montana
Adresse:	Impasse Clairmont,2 3963 Crans-Montana
Service:	
Courriel:	admissions.cgm@hcuge.ch

B) Médecin présentant la demande (requérant)	
Nom:	
Prénom:	
Adresse:	
Tél:	
Courriel:	

A) Données personnelles de la patiente / du patient	
Nom:	
Prénom:	
NPA/lieu:	
Date d'entrée:	
Numéro du cas:	
Numéro d'assuré AVS (NAVS13):	
Date de naissance:	

D) Assurance	
Nom:	

a) Approbation de la demande de garantie de paiement au tarif de l'hôpital traitant	
<input type="checkbox"/>	La garantie de paiement est octroyée au tarif de l'hôpital traitant.
<input type="checkbox"/>	Elle est limitée à _____ jours.
La garantie de paiement se limite uniquement à la part du canton au tarif mentionné. Elle est fournie exclusivement pour le traitement indiqué et ne préjuge pas d'autres séjours dans des hôpitaux ne figurant pas sur la liste hospitalière du canton de de domicile.	

b) Prise en charge des coûts au maximum jusqu'au tarif de référence selon l'obligation de paiement LAMal (respectivement rejet de la demande de garantie de paiement au tarif de l'hôpital traitant)	
<input type="checkbox"/>	La prise en charge maximale est limitée au tarif de référence de CHF _____.
Justification : L'examen /le traitement est réalisable dans un hôpital figurant sur la liste du canton de domicile légal, et il ne s'agit pas d'un traitement urgent.	

c) Pas d'obligation de paiement	
<input type="checkbox"/>	Aucune part cantonale n'est versée.
Justification:	
<input type="checkbox"/>	L'hôpital traitant ne figure ni sur la liste hospitalière du canton de domicile de la personne traitée ni sur celle du can-ton siège et il ne s'agit pas non plus d'une urgence.
<input type="checkbox"/>	Le domicile légal du patient / de la patiente n'est pas dans le canton.
<input type="checkbox"/>	Le traitement peut être dispensé en ambulatoire.
<input type="checkbox"/>	Le cas est de la compétence de l'AA/AI/AM.
<input type="checkbox"/>	Autres raisons:

d) Renvoi (requête incomplète)	
<input type="checkbox"/>	La demande de garantie de paiement est renvoyée, car elle est incomplète (p.ex. insuffisamment d'indications sur l'urgence ou des données
<input type="checkbox"/>	La demande a déjà été traitée.

Remarques / réserves	
Réserve: en cas d'obligation de prise en charge provisoire par la LAMal selon l'art. 70, LPGa, la compétence des autres assurances sociales en question (AA/AM/AI) demeure réservée. La garantie de paiement n'est valable que si la patiente / le patient a son domicile dans le canton d'autorisation au moment de l'hospitalisation.	

Lieu/date	Timbre et signature du service cantonal compétent

## **GARANTIE DE PAIEMENT pour traitement hospitalier au tarif de l'hôpital traitant selon l'article 41, alinéa 3, LaMAL (nécessité médicale) dans un hôpital ne figurant pas sur la liste hospitalière du canton de domicile**

### **Informations pour les requérants**

#### Utilisation de ce formulaire

La garantie de paiement octroyée au moyen de ce formulaire constitue une « autorisation » au sens de l'art. 41, al. 3, LAMal. Ce formulaire ne doit être présenté que lorsqu'une patiente ou un patient se rend pour des raisons médicales dans un hôpital ne figurant pas sur la liste hospitalière du canton de domicile de la personne traitée, mais figurant sur la liste hospitalière du canton siège (hôpital répertorié). Des raisons médicales existent si le traitement n'est pas disponible dans un hôpital figurant sur la liste hospitalière du canton de domicile et en cas d'urgence. Dans ce dernier cas, une garantie de paiement n'est pas nécessaire. Le formulaire peut toutefois être utilisé pour clarifier a posteriori si une urgence existe. Il y a urgence lorsque l'état de la personne traitée ne permet pas de la transporter dans un hôpital figurant pour la prestation concernée sur la liste hospitalière de son canton de domicile. L'urgence dure aussi longtemps qu'un transfert dans un hôpital correspondant figurant sur la liste hospitalière du canton de domicile de la personne traitée n'est pas judicieux pour des raisons médicales ou économiques.<sup>1</sup> Une urgence ne saurait par contre être invoquée si l'urgence survient dans le rayon d'action d'un hôpital répertorié approprié du canton de domicile et si un transfert dans un hôpital répertorié du canton de domicile de la personne traitée était devenu déraisonnable seulement après que celle-ci eut cherché, sans raisons médicales, un hôpital ne figurant pas pour la prestation correspondante sur la liste hospitalière de son canton de domicile.

#### Conditions à remplir pour une garantie de paiement complet :<sup>2</sup>

En vertu de l'article 41, al. 3, LAMal, le canton de domicile de la patiente ou du patient peut être appelé à participer au financement d'un **traitement hospitalier** hors de ce canton lorsque **toutes les conditions suivantes sont remplies**:

- 1 pour le traitement en question, il existe une **obligation de prise en charge par l'assurance obligatoire des soins** (assurance de base);
- 2 le traitement est dispensé dans un hôpital autorisé à pratiquer à charge de l'assurance-maladie qui **ne figure pas** pour la prestation correspondante **sur la liste hospitalière du canton de domicile** de la personne assurée;
- 3 l'hôpital traitant figure pour la prestation correspondante sur la liste hospitalière du canton siège (hôpital répertorié).

#### Compétence pour la présentation de la demande

Le **médecin traitant**, respectivement le **médecin de l'hôpital**, est responsable de la présentation de la demande.

#### Devoir d'information

Le médecin qui présente la **demande informe la patiente ou le patient des possibles incidences financières** du traitement.

#### Manière de remplir le formulaire et traitement

a) Les **rubriques A à F** sont remplies par le requérant.

b) **Le formulaire de demande, dûment et lisiblement rempli**, est transmis **avant** l'hospitalisation programmée au **service compétent du canton de domicile de la patiente ou du patient**.

#### Voies de droit

**La patiente / le patient et le médecin présentant la demande ont le droit** de requérir du service cantonal une décision écrite susceptible de recours.

#### Validité

La garantie de paiement n'est valable que si la patiente / le patient a son domicile civil dans le canton au moment de l'hospitalisation.

<sup>1</sup> Pour les soins somatiques aigus facturés via des forfaits par cas du type DRG, un transfert n'est, en règle générale, pas indiqué du point de vue économique.

<sup>2</sup> Conformément à la recommandation 1 des recommandations de la Conférence des directeurs de la santé (CDS) concernant la procédure relative aux contributions des cantons en cas de traitement hospitalier hors canton selon l'article 41, al. 3, LAMal, du 14.02.2019: <http://www.gdk-cds.ch>