

**GARANTIE DE PAIEMENT pour TRAITEMENTS EXTRACANTONAUX selon l'article 41.3 LAMal**

**A Décision du canton de domicile du patient**

La garantie de paiement pour le traitement selon les indications ci-dessous est

**octroyée**     limitée à ..... jours

La garantie de paiement est fournie exclusivement pour le traitement indiqué ci-dessous et ne préjuge pas d'autres séjours hospitaliers hors canton!

Remarques / réserves :

**Dossier HUG/ :**

**refusée**

Motif:  examen/traitement réalisable dans le canton de domicile du patient

.....

Lieu et date: ..... Timbre et signature: .....

**Les rubriques B à G doivent être remplies de manière complète et lisible par le médecin transférant. Les formulaires illisibles et incomplets seront renvoyés !**

**B Données personnelles du patient**

**Nom/Prénom :**

**Date de naissance :**

Sexe :  masculin     féminin

Adresse :

**Assurance-maladie :**

Adresse :

No d'assuré :

**C (X) Confirmation selon laquelle ni l'assurance-accidents, ni l'assurance-invalidité ou l'assurance militaire ne sont tenues à prestations**

**D Hôpital de destination : Hôpital Cantonal Universitaire de Genève**

Adresse : **1211 Genève 4**

Service : **Neurologie**

Tél. : **022/372.83.52** ..... Fax : **022/372.83.40** .....

Division :  commune     privée

Médecin responsable : ...**Prof. M. SEECK**.....

**Date d'entrée :**

**E Indication**

**Prestation non disponible** dans le canton de domicile du patient

Urgence (prière d'envoyer ou de faxer la formule remplie immédiatement après l'admission en urgence au service médical compétent du canton de domicile du patient)

**Durée du séjour prévue :**

.....

Lieu de survenance de l'urgence: .....

Heure de survenance de l'urgence: .....

Aptitude au rapatriement: .....

**F Médecin présentant la demande**

Nom et prénom: .....

Adresse: ..... tél.: .....

fax: .....

Date de la demande: ..... Timbre et signature du médecin: .....

**G Données médicales (réservées strictement aux médecins concernés et au service médical compétent du canton)**

**STRICTEMENT CONFIDENTIEL !**

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

.....

Traitement instauré à l'hôpital: .....

.....

Examen: .....

.....

**Prolongation de la demande d'octroi de la garantie de paiement du :**