Demande de garantie en Rééducation et Réadaptation (assurance de base)

La demande de garantie préalable est communiquée par fax ou mél 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 fax à l'hôpital de Rééducation et Réadaptation

Patient	**1. Entrée directe** X
Nom :	**2. Consécutif à un séjour aigu**
Prénom :	
Adresse :	Service : **CTR/ RMP**
Domicile :	Hôpital du Jura / **Site de Porrentruy**
Sexe :	Entrée :
Etat civil :	Classe :
Date naissance :	Genre admission:
Assureur	No d'assuré :

A remplir par le médecin

Diagnostic principal / Date de l'événement

.....

Comorbidités

.....

.....

But du séjour		**Profil de l'autonomie** (si connu de l'hôpital)				
Rééducation neurologique après AVC			Autonome	Avec stimulation	Exige de l'aide	Dépendant
Rééducation de l'appareil locomoteur :		Manger et boire				
- Rééducation post-chirurgicale après chirurgie orthopédique et chirurgie du rachis		Se laver				
- Affections dégénératives des articulations		S'habiller				
- Lombalgies subaiguës et chroniques		Continence vésicale				
- Algoneurodystrophie et affections inflammatoires		Continence anale				
- Rééducation après amputation d'un membre		Se déplacer à l'intérieur				
Réadaptation à la marche		**Date d'entrée souhaitée :**				
Réadaptation AVQ						
Reconditionnement - renutrition		**Date de sortie prévue :**				
Evaluation de l'autonomie						
Suite de traitement						

Troubles de l'humeur : non oui si connu de l'hôpital, à préciser

.....

Troubles cognitifs : non oui si connu de l'hôpital, à préciser

Troubles de la mémoire .....

Projet de retour prévu : Domicile EMS Autre .....

Nos coordonnées :	Personne de contact en cas de transfert :	Timbre et signature du demandeur
Hôpital du Jura Centre des garanties Chemin de l'Hôpital 9 2900 Porrentruy **Fax : 032 465 69 55** Tél. : 032 465 49 71 E-Mail : garanties@h-ju.ch	.....	Date :

Nom de l'assureur :	Timbre et signature du médecin-conseil :
Préavis du service du médecin-conseil de l'assureur :	
accepté durée : _____	
refusé	
Retour dans les 48 heures par fax, sinon accepté	
En cas de refus, motivation par lettre séparée	
Date : ……/……/……..	