|  |
| --- |
| Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration Office de l'intégration et de l'action sociale  |
|
|

# Annexe 2 à l’ISCB 8/860.1/8.1 : demande de garantie subsidiaire de paiementSoins médicaux d’urgence pour une personne non domiciliée en Suisse

(conformément à l’art. 46, al. 2 et à l’art. 32, al. 2 de la loi sur l’aide sociale)

|  |
| --- |
| **A Fournisseur de prestations** |
|  |  |
| Adresse | ajouter texte svp |
| Personne de référence pour les questions admfsainistratives | ajouter texte svp |
| Tél. / courriel | ajouter texte svp |
| Personne de référence pour les questions médicales et sociales | ajouter texte svp |
| Tél. / courriel | ajouter texte svp |
|  |  |
| **B Données personnelles** |
|  |  |
| 1. Patiente ou patient |
| Notification préalable du cas ? | [ ]  Oui, en date du date[ ]  Non |
| Numéro de cas / numéro de la patiente/du patient | ajouter texte svp |
| Nom | ajouter texte svp |
| Prénom | ajouter texte svp |
| Sexe | veuillez choisir le sexe |
| Date de naissance | ajouter texte svp |
| Nationalité | ajouter texte svp |
| Tél. | ajouter texte svp |
| Courriel | ajouter texte svp |
| Adresse dans le pays de domicile(rue, NPA, localité, pays) | ajouter texte svp |
| Lieu de séjour en Suisse avant l’admission | ajouter texte svp |
| Date et lieu de l’accident / de la maladie | ajouter texte svp |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 2. Epouse/époux / partenaire enregistré·e |
|  |  |  |
| Nom | ajouter texte svp |
| Prénom | ajouter texte svp |
| Sexe | veuillez choisir le sexe |
| Tél. | ajouter texte svp |
| Courriel | ajouter texte svp |
| Adresse dans le pays de domicile(rue, NPA, localité, pays) | ajouter texte svp |
| Adresse de séjour en Suisse (si disponible) | ajouter texte svp |
|  |  |  |
| 3. Proches / connaissances |
|  |  |  |
| Lien avec la patiente ou le patient  | ajouter texte svp |
| Nom / prénom  | ajouter texte svp |
| Tél. | ajouter texte svp |
| Courriel | ajouter texte svp |
| Adresse | ajouter texte svp |
|  |  |  |
| Lien avec la patiente ou le patient | ajouter texte svp |
| Nom / prénom  | ajouter texte svp |
| Tél. | ajouter texte svp |
| Courriel | ajouter texte svp |
| Adresse | ajouter texte svp |
|  |  |  |
| **C Traitement** |
| Type de traitement | [ ]  Ambulatoire [ ]  Hospitalier |
| Date du traitement / date d’admission | date traitement / date admission |
| Date de sortie (prévue) | date sortie[ ]  Pas encore connue |
| Cause du traitement et diagnostic | [ ]  Accident [ ]  Maladieajouter texte svp |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **D Prise en charge des frais** |
| 1. Identification de la patiente ou du patient
 | [ ]  Etablie[ ]  Pas établie, motif : ajouter texte svp |
| 1. Paiement d’un dépôt
 | [ ]  Oui, montant :ajouter texte svp[ ]  Non, motif :ajouter texte svp |
| 1. Paiement partiel par la patiente ou le patient
 | [ ]  Oui, montant :ajouter texte svp[ ]  Non, motif :ajouter texte svp |
| 1. Prise en charge (partielle) des frais par l’assurance-maladie
 | [ ]  Oui, montant :ajouter texte svp[ ]  Non, motif :ajouter texte svp |
| 1. Prise en charge (partielle) des frais par l’assurance-accidents
 | [ ]  Oui, montant :ajouter texte svp[ ]  Non, motif :ajouter texte svp |
| 1. Prise en charge (partielle) des frais par l’assurance voyage
 | [ ]  Oui, montant :ajouter texte svp[ ]  Non, motif :ajouter texte svp |
| 1. *Pour les citoyennes et citoyens des pays membres de l’UE et de l’AELE*

Prise en charge (partielle) des frais par l’Institution commune LAMal | [ ]  Oui, montant :ajouter texte svp[ ]  Non, motif :ajouter texte svp |
| 1. Prise en charge (partielle) des frais par d’autres assurances :

ajouter texte svp | [ ]  Oui, montant(s) :ajouter texte svp[ ]  Non, motif :ajouter texte svp |
| 1. Paiement par des tiers sur la base d’une déclaration de prise en charge (garantie)
 | [ ]  Oui, montant :ajouter texte svp[ ]  Non |
| 1. Procédure internationale de recouvrement
 | [ ]  Oui, montant reçu :ajouter texte svp[ ]  Démarches infructueuses pour les raisons suivantes :ajouter texte svp[ ]  Non, motif :ajouter texte svp |
|  |  |  |
| **E Montant des frais irrécouvrables pour les soins médicaux d’urgence** | Montant en francs suisse |
|  |  |  |
| **F Signature et annexes** |
| Lieu, date |  |
| Signature du fournisseur de prestations |  |
| Documents à joindre  | Justificatifs mentionnés aux points 1 à 10 de la partie D |

Remarques

ajouter texte svp