
Demande de garantie de prise en charge pour l'alimentation artificielle à domicile à transmettre au Groupe Mutuel au no Fax 058 758 54 56

1. Remarques importantes

- 1.1. L'octroi de la garantie de prise en charge des coûts par votre assureur est nécessaire pour la prise en charge des coûts de l'alimentation artificielle à domicile.
- 1.2. La garantie de prise en charge des coûts peut seulement être accordée après vérification et approbation des indications médicales et des indications thérapeutiques (choix des produits) par notre médecin conseil.
- 1.3. Les coûts de l'alimentation entérale à domicile sont pris en charge par l'assurance de base si l'alimentation au moyen d'une sonde est nécessaire. Les coûts de l'alimentation entérale sans sonde (alimentation buvable) ne sont pris en charge par l'assurance de base que si les directives émises par la Société suisse de nutrition clinique (SSNC) sont respectées et si l'approvisionnement est assuré par un service de Home Care reconnu ou jugé équivalent par votre assureur.
- 1.4. La garantie de prise en charge n'est accordée que lorsque les directives relatives à l'alimentation artificielle à domicile émises par la Société Suisse de Nutrition Clinique (SSNC) sont respectées.
- 1.5. **Seules les demandes remplies de manière exhaustive et signées peuvent être prise en considération.**

2. Patient

Nom, prénom	_____
Date de naissance (jour, mois, année)	_____ Sexe (f/m) _____ Langue (d/f/i) _____
Adresse	_____
NPA, localité, canton de résidence	_____
Assureur-maladie	_____
N d'assuré	_____
Assurance complémentaire	<input type="checkbox"/> si oui, laquelle? _____ <input type="checkbox"/> non
Ce formulaire est porté à la connaissance de votre médecin traitant, de votre pharmacien Home Care et de votre assureur	
Date, signature	_____

3. Médecin prescrivait (assumant la responsabilité principale du patient)

Nom, prénom	_____
No° de concordat	_____
Date, signature	_____

Nom du Patient: _____

4. Indications médicales pour l'alimentation artificielle (cocher le code)

Diagnostiques principaux: (code-ICD): _____ Indiquer seulement le code ICD		
	Parentérale/ entérale	Orale
Origine anatomique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occlusion intestinale chronique (iléus chronique) Fistules à haut débit Sténoses inopérables de l'oesophage et de l'estomac Fistules gastro-intestinales et entérocutanées Syndrome de l'intestin court Malformations		
Origine neurologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paralysie cérébrale Attaque cérébro-vasculaire Maladies dégénératives du système nerveux central Troubles des organes de la mastication et de la déglutition		
Origine organique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foie, coeur, poumon, reins Pancréas Tumeur		
Infections chroniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polyarthrite chronique Endocardite VIH / SIDA Tuberculose		
Indications spéciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles graves de malabsorption et diarrhées sévères Troubles de la motilité intestinale Fibrose kystique / mucoviscidose Entérite radique Anorexie mentale Maladies intestinales inflammatoires chroniques (maladie de Crohn, colite ulcéreuse) Troubles congénitaux du métabolisme Pré-opératoire		

5. Traitement prévu dans le cadre de l'alimentation artificielle à domicile

Oral Entéral Parentéral

6. Indications thérapeutiques

Mode d'alimentation (orale / entérale / parentérale)	Noms des produits	Application (uni- quement entérale)	Noms des produits
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

7. Observations / Précisions / Objectifs de la thérapie
