

**GARANTIE DE PAIEMENT POUR TRAITEMENTS EXTRACANTONAUX  
AU TARIF DE L'HÔPITAL TRAITANT SELON L'ARTICLE 41.3 LAMAL**

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!

**C Données personnelles de la patiente / du patient**

Nom: \_\_\_\_\_ Date d'entrée : \_\_\_\_\_  
 Prénom: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ Numéro d'assuré AVS (NAVS13) : \_\_\_\_\_  
 NPA/lieu: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_  
 Canton : \_\_\_\_\_ Sexe: ☐m ☐f

**A Médecin présentant la demande**

Nom: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_  
 Prénom: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ Timbre et signature  
 Date de la demande: \_\_\_\_\_ du médecin: .....

**B Hôpital de destination:**

Nom de l'hôpital: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 Service : \_\_\_\_\_  
 Médecin responsable: \_\_\_\_\_ Tarif : prix de base en CHF : \_\_\_\_\_  
 Tarif journalier en CHF : \_\_\_\_\_

**D** ☐ Confirmation selon laquelle ni l'assurance-accidents, ni l'assurance-invalidité ou l'assurance militaire ne sont tenues à prestations

☐ **Assurance-maladie**  
☐ Assurance-accidents  
☐ Assurance-invalidité  
 Nom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_

**E Demande de garantie de paiement au tarif de l'hôpital traitant**

**Motifs:**

☐ Selon estimation du médecin présentant la demande, la prestation **n'est pas disponible** dans un hôpital figurant sur la liste hospitalière du canton de domicile légal du patient

Durée probable de séjour: \_\_\_\_\_

☐ **Urgence** (prière d'envoyer, par courriel, voie postale ou fax, la formule remplie immédiatement après urgence au service médical compétent du canton de domicile du patient)

Lieu et heure de survenance de l'urgence: \_\_\_\_\_

**F Données médicales** (réservées strictement aux médecins concernés et au service compétent du canton de domicile)

**STRICTEMENT CONFIDENTIEL**

- ☐ **Première demande**  
☐ **Demande de reprise en considération** (justification impérative)  
☐ **Prolongation de la demande d'octroi de la garantie de paiement** (selon pour les cas de la réadaptation ou la psychiatrie):

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

**Thérapie prévue / traitement dans l'hôpital de destination / remarques:**

**GARANTIE DE PAIEMENT POUR TRAITEMENTS EXTRACANTONAUX  
AU TARIF DE L'HÔPITAL TRAITANT SELON L'ARTICLE 41.3 LAMAL**

<b>B Hôpital de destination:</b> Nom de l'hôpital: Adresse: Service : Fax:	<b>C Données personnelles de la patiente / du patient</b> Nom: Prénom: NPA/lieu: Date de naissance: Numéro d'assuré AVS: Date d'entrée :
<b>A Médecin présentant la demande:</b>	<b>D Assurance:</b> Nom: Adresse:

**G Décision du canton de domicile légal du patient**

**a) Approbation de la demande de garantie de paiement au tarif de l'hôpital traitant**

☐ La garantie de paiement est octroyée au tarif de l'hôpital traitant.

Elle est selon les indications figurant au point E limitée à ..... jours<sup>1</sup>.

La garantie de paiement se rapporte uniquement à la part du canton au tarif mentionné sous B.  
 Elle est fournie exclusivement pour le traitement indiqué sous F et ne préjuge pas d'autres séjours hospitaliers dans un hôpital ne figurant pas sur la liste hospitalière du canton 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 garantie de paiement au tarif de l'hôpital traitant)**

☐ La prise en charge maximale des coûts est limitée au tarif de référence pertinent fixé et publié par le canton

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**

☐ Aucune part cantonale n'est versée.

Justification :

☐ L'hôpital traitant ne figure ni sur la liste hospitalière du canton de domicile légal de la personne traitée ni sur celle du canton d'implantation.

☐ Le domicile légal du patient / de la patiente n'est pas dans le canton.

☐ Le traitement est possible en ambulatoire.

☐ Le cas est de la compétence de l'AA/AI/AM.

☐ Autres raisons:

**d) Renvoi (requête incomplète)**

☐ La demande de garantie de paiement est renvoyée, car elle est incomplète (p. ex. insuffisamment d'indications sur l'urgence ou de données médicales)

☐ La demande a déjà été traitée.

**Remarques / réserves:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

<sup>1</sup> Une limitation temporelle n'est plus possible que pour les cas de la réadaptation, de la psychiatrie, mais pas pour la somatique aiguë.

## INFORMATION POUR LES REQUÉRANTS

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

En vertu de l'article 41.3 LAMal, le **canton de domicile 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 à prestation de l'assurance-maladie obligatoire des soins** (assurance de base);
- 2 le traitement est dispensé dans un hôpital autorisé à pratiquer à charge de l'assurance-maladie ne figurant **pas sur la liste hospitalière du canton de domicile** de la personne assurée;
- 3 l'hôpital traitant figure sur la liste hospitalière du canton d'implantation pour la fourniture de la prestation concernée (hôpital listé).

La garantie **de paiement pour traitements dans des hôpitaux ne figurant pas sur la liste hospitalière du canton de domicile au tarif de l'hôpital traitant** selon l'art. 41.3 LAMal concerne la différence entre le tarif de l'hôpital traitant et le tarif de référence pertinent publié fixé par le canton, lequel est au maximum adopté en conséquence du libre choix de l'hôpital. Si le tarif de l'hôpital traitant est plus bas que le tarif de référence correspondant du canton de domicile de la personne traitée, alors le canton de domicile prend en charge les coûts au tarif de l'hôpital traitant.

S'il s'agit d'un traitement prévu dans un hôpital ne figurant ni sur la liste hospitalière du canton de domicile de la personne traitée ni sur celle du canton d'implantation ou s'il s'agit d'un traitement possible en ambulatoire, le canton ne participe pas aux coûts.

La garantie de traitement est octroyée si le traitement est dispensé pour des **raisons médicales** dans un hôpital ne figurant pas sur la liste hospitalière du canton de domicile du patient pour le traitement concerné. Des raisons médicales existent en cas d'urgence\* et si le traitement n'est pas disponible dans un hôpital figurant sur la liste hospitalière du canton de domicile légal.

S'il s'agit d'un **traitement ambulatoire** dans un hôpital ne figurant pas sur la liste hospitalière du canton de domicile du patient au sens des décisions du TFA de décembre 2001 (en particulier de cas d'urgence) et s'il est dispensé dans un hôpital listé, l'obligation du canton de domicile à payer la différence complète existe aussi sans avoir sollicité préalablement une garantie de paiement.

*\* Il y a **urgence** lorsque l'état du patient ne permet pas de le transporter dans un hôpital de son canton de domicile. L'urgence dure aussi longtemps qu'un transfert dans un hôpital figurant sur la liste hospitalière du canton de domicile n'est pas judicieux pour des raisons médicales. Une urgence ne saurait cependant être invoquée si celle-ci est survenue dans le canton de domicile ou si un retransfert dans un hôpital figurant sur la liste hospitalière du canton de domicile du patient était devenu inadmissible seulement après son entrée, sans raisons médicales, dans un hôpital ne figurant pas sur la liste hospitalière du canton de domicile. Demeurent réservées d'éventuelles facilités qui, en vertu d'arrangements contractuels entre les cantons, peuvent amener à l'admission du traitement dans des hôpitaux extracantonaux proches.*

### Sont responsables de la présentation de la demande:

- le **médecin traitant** qui **ordonne** une **hospitalisation programmée**;
- le **médecin de l'hôpital** qui **accueille le cas d'urgence**;
- le **médecin de l'hôpital** qui **transfère le patient** dans un **autre hôpital**;
- le **médecin de l'hôpital** qui **fait** une **demande** de **prolongation** du **séjour** à l'hôpital.

### Manière de remplir le questionnaire

La **rubrique G** est remplie par le **service médical compétent du canton de domicile du patient**.

Les **rubriques A à F** sont remplies par le **médecin** présentant la demande.

### Procédure et transmission du formulaire d'octroi de la garantie de paiement:

(a) **Avant l'hospitalisation programmée ou dès que possible en cas d'urgence**, le médecin compétent envoie **par voie postale, par fax ou par voie électronique (ekogu)** la demande, **dûment remplie**, au **service médical compétent du canton de domicile du patient**.

(b) Le **service médical compétent du canton de domicile du patient** retourne au **médecin qui a fait la demande l'original** muni de sa décision (avec les données médicales). Le **médecin envoie l'original en guise de transfert** au **service médical de l'hôpital de destination**; il en **conserve une copie** pour ses dossiers et **remet éventuellement une copie** au **patient concerné**. Le médecin qui fait la demande informe le patient des incidences financières possibles d'un traitement hors canton.

(c) Le **service médical compétent du canton de domicile du patient**, lorsqu'il a octroyé la garantie de paiement, en remet une **copie (sans données médicales)** à l'**administration de l'hôpital de destination** et une à l'**assurance-maladie du patient**.

<sup>2</sup> Selon la recommandation 1 des recommandations de la Conférence des directeurs de la santé (CDS) concernant la procédure relative aux sub-sides des cantons en cas de traitement hospitalier hors canton selon l'article 41.3 LAMal du 2 septembre 2011: <http://www.gdk-cds.ch>.