

DEMANDE DE GARANTIE POUR LE PROGRAMME DE READAPTATION CARDIO-VASCULAIRE AMBULATOIRE

Nom du patient : Prénom :
 Adresse : Code postal, Lieu :
 Téléphone fixe : Téléphone mobile :
 Date de naissance : Etat civil :

Médecin prescripteur, clinique : Téléphone :

Assurance : Numéro d'assuré(e) :

1. Diagnostic selon OPAS :

2. Date de l'évènement :

3. Motif de l'admission ICD10 :

4. Diagnostics secondaires selon ICD 10 :

5. Date de l'intervention chirurgicale :

Type d'intervention :

6. Etat actuel, profil de dépendance :

Potentiel de réhabilitation :

7. Objectif du traitement :

8. Date d'entrée souhaitée :

Selon OPAS, Annexe 1, chapitre 11 : Prise en charge si l'assureur a donné préalablement une garantie.

9. FEVG :

10. Programme prescrit :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dysfonction VG | <input type="checkbox"/> Chirurgie cardiovasculaire |
| <input type="checkbox"/> Capacité physique très faible | <input type="checkbox"/> Insuffisance artérielle des MI |
| <input type="checkbox"/> Etat psychologique : | <input type="checkbox"/> Obésité morbide |
| <input type="checkbox"/> ► Anxiété | <input type="checkbox"/> Comorbidités (diabète, BPCO, handicap locomoteur) |
| <input type="checkbox"/> ► Etat dépressif | |

Programme de base si aucune case cochée, Programme complexe si une ou plusieurs cases cochées

Ces informations sont transmises directement au médecin conseil ou à son service

Lieu, Date, Signature, Timbre :

Date et timbre de l'assureur :

Réponse assurance :

Accepté

Refusé

► Joindre à la demande une copie du rapport original de la coronarographie et les derniers examens sanguins. De plus, si effectuée, le rapport de l'échocardiographie.

► A faxer aux admissions de la clinique La Lignière au numéro : 022 999 64 25