|  |  |
| --- | --- |
| Commission paritaire de confiance et d’assurance de qualité (CPCQ) |  |
|  | No de demande **CPCQ-** |  |
|  | Le numéro sera attribué par le secrétariat de la CPCQ |

**Formulaire de demande pour les cas relevant de la CPCQ**

Ce formulaire doit être rempli en cas de litiges, découlant de l’application de la convention tarifaire entre l’ASE, la CRS et la CTM.

Veuillez envoyer le formulaire/les annexes à l'adresse suivante :

ASE, Secrétariat CPCQ Ergothérapie, Altenbergstr. 29, case postale 686, 3000 Bern 8

|  |
| --- |
| **Auteur de la demande** |
| **Ergothérapeute** [ ]  | **Société** |   |
| **Assureur** [ ]  | **Nom, prénom** |   |
|  | **Adresse** |   |
| **C.P., lieu** |   |
| **No de tél.** |   |
| **E-mail** |   |
| **Personne de contact**  |   |
| **GLN/no RCC ergothérapeute** |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **Patient/e (initiale nom, prénom)** |   |
| **Date de naissance** |   |
| **Numéro de l’assuré(e)/du cas** |   |
| **Ordonnance(s) médicale(s) par/du** |   |   |
| **Diagnostic** |   |

|  |
| --- |
| **1. Indications relatives au cas de la CPCQ** |
| **1.1 Objet du litige** |
|  |
| **1.2 Demande à la CPCQ** |
|  |
| **1.3 Justification** |
|  |

|  |
| --- |
| **2. Prise de position de l’ergothérapeute**  |
| **2.1 Impact du diagnostic sur l’indépendance du patient/e dans les activités de la vie quotidienne ?** |
|  |
| **2.2 Quel est le résultat obtenu de la thérapie jusqu’à présent ?** |
|  |
| **2.3 Quel est l’objectif de la thérapie future (si planifiée) ?** |
|  |
| * 1. **Durée et fréquence prévues du traitement supplémentaire ?**
 |
|  |
| **2.5 Informations importantes additionelles** |
|  |
| **2.6 Annexes complémentaires** |
|  |

L'exactitude des informations ci-dessus est confirmée par l'ergothérapeute traitant le patient :

Lieu, date:

Signature:

|  |
| --- |
| **3. Prise de position de l’assurance** |
| * 1. **Demande à la CPCQ**
 |
|   |
| **3.2. Justification**  |
|   |
| **3.3 Annexes complémentaires** |
|   |

L'exactitude des informations ci-dessus est confirmée par la personne de contact de l'assurance :

Lieu, date:

Signature: