

Commission paritaire de confiance et d'assurance de qualité (CPCQ)

N° 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, Haus der Verbände, Bollwerk 15, case postale, 3001 Berne

Auteur de la demande	
Ergothérapeute <input type="checkbox"/>	Société
Assureur <input type="checkbox"/>	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) ?

2.4 Durée et fréquence prévues du traitement supplémentaire ?

2.5 Informations importantes additionnelles

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

3.1 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: