|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Données administratives du patient :** |  |  |  |  |  |
| **Nom : Rossi** | **Prénom :**  | Karina | **[x]**  | F **[ ]**  H |
| Né(e) le :  | 03.06.1973 | Nationalité : |  **Argentine** |
| 🕿 privé :   |  | 🕿 mobile : **076.691.01.29** |  |
| Adresse : |  **Chemin de Sabri 193** | NPA/ Localité : 74250 Fillinges |  Pays : **France** |
| Déjà venu aux HUG  **[x]** Oui **[ ]** Non | Courriel : |    |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Document émis par :**  | **Catia Guedes Queiros** | Le : | **02.06.23** |  |  |  |
| Ayant droit (AD) : |  **Dr Bodmer Alexandre** | Service : **oncogynéco** | Tél. : | **32405** |
| Référent en cas d’absence :  |  | Service :  | Tél. : |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Contexte d’hospitalisation :** |  |  |  |  |  |
| Date d’entrée : | **08.06.2023** | Heure d’entrée : | **08h** | **[ ]** Via le 1CL | **[ ]**  Same Day Surgery |
| Motif clinique d’hosp. : |  **soins de plaie** | A jeun | **[ ]**  | Oui **[ ]** Non |
| Examens prévus : |  |  |
| Durée hospitalisation | **[ ]**  | <3 j. | **[x]**  | 4-7 j. | **[ ]**  | >8 j. |  |  |  |
| Unité d’hospitalisation | **[ ]**  | 8AL  | **[ ]**  | 8CL | **[x]**  | 8EL | **[ ]**  | 8FL | **[ ]**  |  9AL | **[ ]**  | 9CL  | **[ ]**  | 9EL **[ ]** 9FL |  Accompagnant **[ ]**  Oui **[ ]** Non |
| **[ ]  Porteur de bactéries multi-résistantes** | Médecin envoyeur : | **Dr Bodmer**  |
| Commentaires : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Données assurantielles du patient :** |  |
| **Cas maladie** | **[x]**  | **Accident LAMal** | **[ ]**  | **Cas accident LAA** | **[ ]**  |
| ➊Ass. LAMal | **ONU** | Assurance employeur |  |
| Ass. non LAMal |   | N° police |  |
| N° Police  | **02067500** | N° de sinistre |  | Date       |
| Assurance complémentaire | **ONU** | Assurance complémentaire |  |
| **1ère cl.**  **[x]**  | **2ème cl.** **[ ]**  | **N° Police** **idem** | **1ère cl.** **[ ]**  | **2ème cl. [ ]**  **N° police**  |
| **[ ]  Demande de surclassement en 1ère classe**  |  |  |
| Dérogation **[ ]**  Oui **[ ]**  Non |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **[ ]**  | **Domicilié à Genève** | **[ ]**  | **Domicilié en Suisse** | **[ ]**  | **Domicilié à l’étranger** | **[ ]**  | **Cas conventionné** | **[x]**  | **Fonct. International** |
|  **[ ]**  | **➊Part. cantonale potentielle** | **[ ]**  | Demande extra-cantonale | **[ ]**  | Dépôt CHF 30'000.- | **[ ]**  | CERN UNIQA | Organisme ?**ONU** |
| **[ ]**  | **E** Cardiologie, vasculaire | **Date** |  | **Date** |  | **[ ]**  | Chine |  |
| **[ ]**  | **F** Digestif, viscéral | **Par** |  |  |  | **[ ]**  | Inde |  |
| **[ ]**  | **G** Gynécologie |  |  | **[ ]**  | Estimation  | **[ ]**  | Qatar |  |
| **[ ]**  | **H** Orthopédie, rhumatologie | **[ ]**  | Transmise à la GAP | **Date** |  | **[ ]**  | Libye |  |
| **[ ]**  | **K** Uro-néphrologie, andrologie |  |  | **Montant** |  | **[ ]**  | USA |  |
| **[ ]**  | **M** Obstétrique | **[ ]**  | Dépôt CHF 25'000.- | **Dépôt** |  | **[ ]**  | Thaïlande  |  |
|  |  | **Date** |  |  | **[ ]** Autre |  |
| **[ ]**  | Estimation effectuée | **[ ]**  | Estimation  |  |  |  |
| **Date** |  | **Montant** |  |  |  |  |
|  |  | Dépôt |  |  |  |  |

**(seuls les pôles d’activités E,F,G,H,K,M peuvent potentiellement bénéficier d’une participation cantonale)**

**Ne pas remplir – réservé à la GAST – Secteur Admission et Facturation – Direction des Finances DF**

➊**Indication de la participation cantonale pour l’hospitalisation à la Division privée**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **[ ]**  | **Refus** | Le nombre de cas ou le montant total de la subvention disponible a déjà été atteint.  |
|  |  |
| **Commentaires :**  |  |  | **N° EDS :** |
| **Date :** |  | **Nom de la personne :** |  |