



CSS

Assurance

Demande de garantie de prise en charge des coûts pour les transplantations d'organes solides ou de cellules souches

1 Receveur (personne assurée à la CSS)

Prénom	Nom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexe	Rue, n°	NPA/Localité
<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Assureur-maladie	N° d'assuré	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2 Centre de transplantation

Centre de transplantation	Téléphone	Date prévue d'entrée à l'hôpital pour la transplantation
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Coordinateur de la transplantation	Fax	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

3 Indications médicales

Code CIM-10	S'agit-il d'une prestation obligatoire au sens de l'art. 1.2 ou de l'art. 2.1, annexe 1 OPAS?	Infirmités congénitales
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Afin de procéder à l'examen de notre obligation de verser des prestations, veuillez transmettre un rapport médical détaillé à l'intention de notre médecin-conseil.

4 Données personnelles du donneur vivant

Prénom	Nom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexe	Degré du lien de parenté ou lien avec le receveur	
<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme	<input type="text"/>	

5 Préparation transpl. allogène cellules souches hématopoïétiques / transpl. rénale ou rein et pancréas

<input type="checkbox"/> Groupage HLA (donneur de la même famille/donneur non apparenté)	<input type="checkbox"/> Groupage HLA (receveur)
<input type="checkbox"/> Nouveau groupage HLA, date du dernier groupage	<input type="checkbox"/> Détermination des données immunologiques

6 Transplantation

<input type="checkbox"/> Transplantation autogène de cellules souches hématopoïétiques	<input type="checkbox"/> Phase d'exploitation
<input type="checkbox"/> Purge	<input type="checkbox"/> Une seule transplantation
<input type="checkbox"/> Plusieurs transplantations	<input type="checkbox"/> Phase de transplantation; combien? <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Transplantation allogène de cellules souches hématopoïétiques	Motif
<input type="checkbox"/> Fratrie géno-identique	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Donneur de la même famille haplo-identique	
<input type="checkbox"/> Transplantation habituelle	
<input type="checkbox"/> Mini-transplantation	
<input type="checkbox"/> Donneur non apparenté	

7 Ventricule artificiel (bridge to transplant)

Court terme

Le patient est-il sur la liste d'attente pour une transplantation cardiaque? Oui Non

Moyen à long terme

8 Informations complémentaires

S'agit-il d'une maladie auto-immune?

Oui Non

Le traitement est-il effectué dans le cadre d'une étude ou d'une étude multicentrique?

Oui Non

Nom de l'étude

9 Recherche de donneurs non apparentés

Enregistrement

Recherche de donneurs

Don de lymphocytes par le donneur

Mise à disposition de l'organe de transplantation

10 Signature du médecin

Prénom

Nom

Lieu

Signature du médecin

A envoyer à:

CSS Assurance, Service du médecin-conseil, Case postale 144, 1000 Lausanne 10

Adresse HIN: avd.f@css.ch

Entités juridiques pour l'assurance de base selon la LAMal: CSS Assurance-maladie SA, Arcosana SA

Entités juridiques pour l'assurance selon la LCA: CSS Assurance SA

Entité juridique pour l'assurance-accidents selon la LAA: CSS Assurance SA