



Convention de soins

Infirmière indépendante / infirmier indépendant

Nom:
 Adresse:
 Domicile:
 Numéro RCC:

Cliente/client

Nom:
 Adresse:
 Domicile:
 Assurance-maladie:
 Numéro d'assuré:

Personne autorisée (par ex. dans les directives anticipées, selon la protection de l'adulte)

Nom:
 Adresse:
 Domicile:

Prestations de soins à la charge de l'assurance obligatoire des soins

Par la présente convention, les infirmières et infirmiers indépendants reçoivent le mandat pour les prestations de soins selon la législation en matière d'assurance-maladie, sur la base de la prescription médicale (annonce des besoins), de l'évaluation des soins requis et de la planification des soins. Sauf en présence de raisons importantes motivant un arrêt immédiat, le mandat se prolonge de manière automatique jusqu'à son expiration avec une nouvelle prescription médicale (annonce des besoins). En cas d'absence, l'infirmière ou l'infirmier indépendant veille à être remplacé par une autre infirmière ou infirmier qualifié ayant un numéro RCC. L'expiration ordinaire du mandat est annoncée 14 jours au plus tard avant la fin de la durée de la prescription.

Si le canton prévoit une participation du patient, la facture est envoyée à la cliente/au client.

Prestations non couvertes par l'assurance obligatoire des soins

| Type de prestation | Tarif horaire | Nombre d'heures au maximum par mois |
|--------------------|---------------|-------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Echange d'informations, déliement de l'obligation de garder le secret

L'infirmière indépendante / l'infirmier indépendant est autorisé/e à échanger des informations indispensables pour les soins avec d'autres fournisseurs de prestations qui participent aux soins et au traitement thérapeutique ainsi qu'avec le service du médecin de confiance de l'assurance-maladie.

Obligation de collaborer

La cliente / le client s'engage à faire son possible pour contribuer au succès des soins.

Collaboration et remplacement

Fournisseur de prestations:

Numéro RCC:

Le fournisseur de prestations mentionné ci-dessous s'engage ici à participer aux soins à la charge de l'assurance obligatoire des soins dans le cadre de la prescription médicale (annonce des besoins), de l'évaluation des soins requis et de la planification des soins ainsi qu'aux prestations non couvertes par l'assurance-obligatoire des soins dans le volume mentionné selon le tableau de prestations.

Signatures

Lieu et date

.....

Infirmière/infirmier indépendant

Lieu et date

.....

Infirmière/infirmier remplaçant/e

Lieu et date

.....

Cliente, client

Lieu et date

.....

Personne autorisée