



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Formulaire de demande CHOP

Demandeur

Nom / institution

Adresse

Tél. / courriel

Description du problème :

Votre problème concerne-t-il réellement une prestation ou est-il plutôt lié à un processus ?

Dans le cas d'une demande pour un code spécifique :

La prestation peut-elle être représentée par une combinaison de codes existants ou la prestation peut-elle être attribuée à un code existant par un « inclusif » ?

La demande a-t-elle été coordonnée avec d'autres hôpitaux/cliniques, spécialités et sociétés de discipline médicale concernés ?

Si oui, avec qui avez-vous discuté de la demande ?

La demande est-elle soutenue par les hôpitaux/cliniques, les spécialités et les sociétés de discipline concernées telle qu'elle est formulée ?

Oui: ☐

Non: ☐

La demande est-elle éventuellement déjà déposée par l'intermédiaire de la FMH ou d'une société de discipline médicale ?

Oui: ☐ **Non:** ☐

Si oui, par quelle organisation ?

La demande est-elle pertinente pour le système de facturation ?

Oui: ☐ **Non:** ☐

Combien de cas sont concernés par la demande chaque année ?

Quelle est la différence de coût entre la procédure actuelle et la solution proposée ?

Votre demande concerne-t-elle une nouvelle procédure innovante ?

Oui: ☐ **Non:** ☐

Votre demande est-elle pertinente pour l'assurance qualité ?

Oui: ☐ **Non:** ☐

Votre proposition de solution :