

Reconnaissance de l'unité fonctionnelle «Thérapie interventionnelle de la douleur»

(Prestations selon le chapitre 29.06 du TAR MED)

Autodéclaration pour le cabinet médical

Données personnelles du médecin:

Nom / Prénom:

Adresse du cabinet médical:

NPA / commune:

E-Mail:

Tel. N° cabinet médical:

GLN-Nummer (EAN):

N° FMH (membres FMH):

N° de concordat:

Titre de spécialiste / Attestations de formation complémentaire:

.....

Par la présente, je confirme:

- possède ou avoir demandé l'attestation de formation complémentaire «Traitement interventionnel de la douleur» à la SSIPM.
- que je fournirai les prestations du sous-chapitre 29.06 «Diagnostic et thérapie interventionnels de la douleur» dans une salle dotée d'équipements d'imagerie médicale appropriés (p. ex. amplificateur de brillance).

Date:

Signature:

La demande doit être envoyée à:

FMH

Division Médecine et tarifs ambulatoires

Baslerstrasse 47

4600 Olten

Vous trouvez tous les critères de „reconnaissance“ de la légitimation à la facturation et des informations supplémentaires dans le concept actuellement en vigueur sur la reconnaissance des unités fonctionnelles, Annexe K: Reconnaissance de la Thérapie interventionnelle de la douleur.