14 Santé Juin 2017

|  |
| --- |
|  |

Formulaire de demande d’intégration à la liste des
réviseurs en codage médical

|  |
| --- |
|  |

# FORMULAIRE

## Données administratives

|  |  |
| --- | --- |
| Date de la demande à l’OFS |       |
| Prénom et nom du requérant |       |
| Adresse du requérant |       |
| Téléphone du requérant |       |
| E-mail du requérant |       |

## Autres données:

|  |  |
| --- | --- |
| Langues de révision | Français [ ]  Allemand [ ]  Italien [ ]  (plusieurs possibles) |
| Date de l’obtention du brevet fédéral de spécialiste en codage médical |       |
| Diplôme équivalent /Preuve d’équivalence:* Titre du diplôme
* Date de l’obtention
 |            |
| Cantons où le réviseur souhaite travailler (Facultatif) |       |

## Documents à fournir (à joindre au présent formulaire)

|  |  |
| --- | --- |
| Copie du brevet fédéral  | [ ]  |
| Copie d’un autre diplôme avec attestation d’équivalence ou attestation d’équivalence au brevet fédéral | [ ]  |
| Confirmation de l’employeur que le requérant a travaillé l’équivalent de 3 ans à 100% dans le domaine du codage médical | [ ]  |

## Attestations

|  |  |
| --- | --- |
| En vertu du point 3 du règlement de révision de codage SwissDRG 6.0, le requérant atteste avoir une connaissance linguistique suffisante pour mener une révision de codage dans les langues de révision qu’il a coché ci-dessus.  | [ ]  |
| Le requérant confirme qu’il s’engage à suivre une formation continue. | [ ]  |
| Le requérant s’engage à indiquer dans un délai d’un mois tout changement éventuel (changement d’adresse, arrêt d’activités de réviseur/se, etc.) à l’OFS.  | [ ]  |
| Le réviseur confirme qu’il peut justifier au moins d’une occupation de 50% dans le domaine du codage (révisions, codage à l’hôpital, formations, etc.) pour l’année des données à réviser. | [ ]  |

|  |
| --- |
|       |

## Remarques éventuelles

Les documents suivants sont à joindre au formulaire:

Copie du brevet fédéral suisse ou attestation d’équivalence au brevet fédéral

Confirmation de l’employeur/des derniers employeurs que le requérant a travaillé l’équivalent de 3 ans à 100% dans le domaine du codage médical

Le formulaire est à renvoyer dûment rempli avec les documents annexes ci-dessus soit par email à l’adresse: codeinfo@bfs.admin.ch,

soit par poste à l’adresse suivante:

Office fédéral de la statistique

Section Santé de la population

Secrétariat de codage

Espace de l’Europe 10

2010 Neuchâtel

Pour plus d’informations, voir la feuille d’information qui accompagne ce formulaire.

Contact en cas de questions:

Secrétariat de codage OFS

Office fédéral de la statistique

E-mail: codeinfo@bfs.admin.ch

Historique des modifications du document:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Versions: | Date: |  |
| 1.0 | 09.11.2011 | Document original |
| 1.1 | 28.01.2013 | Modification de la personne de contact et de l’adresse d’envoi |
| 1.21.3 | 22.01.201615.06.2017 | Modification de la personne de contact et de l’adresse d’envoiMise à jour des différentes rubriques du formulaire |