

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION DANS LES FRAIS
DE L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL ET DE L'AUTOPSIE APRES LE DÉCÈS INOPINÉ ET
MÉDICALEMENT INEXPLIQUÉ D'UN ENFANT DE MOINS DE DIX-HUIT MOIS**

A adresser au médecin-conseil de l'organisme assureur.

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

Nom - Prénom :

Rue et n° :

Code postal et commune :

Date de naissance :/...../.....

Réservé à la vignette délivrée par l'organisme assureur

1. identification de l'établissement conventionné :

- Nom de l'établissement :
- Adresse :

- Numéro d'agrément I.N.A.M.I. de l'établissement:

2. La demande concerne :

- l'intervention de l'assurance dans l'autopsie, et éventuellement dans les frais de transport qui s'y rapportent**

Le mandataire de l'enfant se déclare d'accord avec l'exécution d'une autopsie sur le corps de l'enfant décédé, afin de déterminer la cause du décès.

Au maximum le nombre de kilomètres entre le lieu du décès/de la visite du corps et l'établissement est remboursé.

- l'intervention de l'assurance dans le soutien psychosocial des parents et de la famille**

Cette intervention ne concerne que le soutien psychosocial des parents et de la famille dans une première phase aigüe.

Date et signature du mandataire de l'enfant ¹

| Réservé au Médecin-conseil | Réservé au Collège des médecins-directeurs |
|---|--|
| <p>Date de réception de la présente demande par le médecin-conseil :</p> <p>Décision : <input type="checkbox"/> favorable. <input type="checkbox"/> autre :</p> <p>Avis à l'intention du Collège des médecins-directeurs : <input type="checkbox"/> favorable. <input type="checkbox"/> autre :</p> | <p>Décision : <input type="checkbox"/> favorable. <input type="checkbox"/> autre :</p> |

¹ ou du médecin de l'établissement après concertation avec les parents