5.13-Evaluation du dossier IJM - Accepter le mandat et établir le rapport (SP)

Author: Charlotte Speck

Cliquez ici pour voir les détails du mandat reçu

Nouvelles demande	es (7)			
MANDATAIRE Versicherung Nickelled service Évaluation du dossier IJR Médecine interne généri DONNÉES PERSONNELLES Aurelie Antoine ÉcotéAnce	M Expe ale Mede Cuent	ATAIRE cherung Nickelled * rtise ecine interne générale - e Iserre	MANDATARE Versicherung Nickelled støvve Plausibilisation de l'inc Psychiatrie et psychothér DONNÉS PERSONNELES Max Muster RENDEZVOUS	>
Conformément au SLA PRESTATARE DE SERVICES DOCTOT Test I< DOCTOT Test	Rejeter Afficher Doct	or Test Rejeter Afficher	16.11.2022 09:00 PRESTAURE DE SERVICES DOCTOT Test DERNIÉRE ACTION 12.11.2022 Doctor Test	Ţ > Rejeter Afficher
Tableau de bord				
Objet de la mission: Tous	Direction de la mission: Tous v Star	par: Date de la dernière action X tut: Tous V Utilisateur: Doctor Test V	Activités: Tous Y Supprint	ner tous les filtres
Numéro de dossier Service	Statut	Mandataire ou prestataire de servi	Une autre partie	Actions & alertes
007 07700	FINALISATION DEMANDÉE		DEDCOMME	

Cliquez ici si vous souhaitez refuser la demande. Important : en cas de refus, il faut indiquer un motif de refus.

	Non
	Détails de la mission
	Dans quelle langue le rapport sera-t-il rédigé ?
	Français
	Plafond des coûts (hors TVA)
	3000.00 CHF
	Une discussion préliminaire est-elle souhaitée ?
	Non
	Veuillez noter qu'il est important de respecter les niveaux de service définis :
	. La demande doit être accentée ou rejetée dans un délai de 24 heures
	La mission doit être clôturée sur la plateforme dans les délais indiqués dans la demande.
Précédent Rejeter la mission	Accepter la mission
Copyright © 2022 JAROWA AG	Paramètres des cookies + Alde + Signaler une erreur

Cliquez id	ci pour	accepter	la d	emande
-------------------	---------	----------	------	--------

	Non	
	Détails de la mission Dans quelle langue le rapport sera-t-il rédigé ? Français Plafond des coûts (hors TVA) 3000.00 CHF Une discussion préliminaire est-elle souhaitée ? Non Veuillez noter qu'il est important de respecter les niveaux de service définis : • La demande doit être acceptée ou rejetée dans un délai de 24 heures. • La mission doit être clôturée sur la plateforme dans les délais indiqués dans la demande.	
Précédent Rejeter la mission Copyright © 2022 JAROWA AG	Accepter la mission Paramètres des cookies - Aide - Signaler une erreur	

Vous vous trouvez à présent dans le dossier accepté. Pour rédiger le rapport, cliquez sur "autres actions"

JAROWA			Aperçu Des Missions 🗸 Doctor Clínic	
Numéro de dossier: 777-12345	Statut: Acceptée		Afficher l'aperçu Autres actions	
Mandataire Versicherung Nickelled & Zählerweg 6300 Zug, ZG, CH	ペ Versicherung Nickelled Support & +4176 111 111 ◎ enable.test+nickelled@jarowa.ch	Doctor Muster ⊴ Doctor Muster □ Dreikönigstrasse 34 8002 Zürich, ZH, CH Q₀ +414444444 @ enable.test+doctor@jarowa.ch	 ^A Doctor Clinic ◆1144 444 44 44 ④ enable test+doctor@jarowa.ch 	
Service: Évaluation du dossier IJM /	Psychiatrie et psychothérapie			
Martin Dupuis	Yrénom Martin	Nom Dupuis		۲

Sélectionnez dans le menu déroulant "Soumettre le rapport"

∵jarowa			Aperçu Des Missions	~
Numéro de dossier: 777-12345	Statut: Acceptée		Afficher l'aperçu Soumettre le ra Attribuer la mis	pport
Mandataire <u>Versicherung Nickelled</u> చ Zählerweg 6300 Zug, ZG, CH	糸 Versicherung Nickelled Support ⊌ +4176 111 111 @ enable.test+nickelled@jarowa.ch	Prestataire de services <u>Doctor Muster</u> Dreikönigstrasse 34 8002 Zürich, ZH, CH $\label{eq:services}$ 4144 444 44 @ enable test+doctor@jarowa.ch	A Doctor Clinic S +41 44 44 44 @ enable test+doctor@jarowa.ch	
Service: Évaluation du dossier IJM / Psy Martin Dupuis Desete companying	chiatrie et psychothérapie om tin	Nom Dupuis		0

Les questions posées sont listées sur cette page. Pour pouvoir rédiger le rapport vous devez disposez d'au moins une partie des informations nécessaires.

purement liée au lieu de travail actuel (confiit de travail, conditions, etc.) ? Question 4: Est-il possible de réduire l'incapacité de travail dans l'activité actuelle ou d'atteindre
la pleine capacité de travail (AF) par un traitement médical ou une adaptation du traitement ?
Avez-vous des remarques à formuler?
Informations complémentaires
Y a-t-il des informations supplémentaires destinées au mandataire de mission qui ne doivent
pas être incluses dans le rapport ?
Quelle a été la durée totale de travail nécessaire au traitement de cette mission ? (par
exemple, exploration, étude de dossiers, rédiger le rapport)
Exhaustivité des dossiers *
Les fichiers nécessaires pour l'évaluation sont disponibles
Il manque des dossiers pertinents, mais il est possible de répondre partiellement aux questions
Il manque des dossiers pertinents, il n'est pas possible de répondre aux questions
Continuer

Saisissez les informations nécessaires. Certaines informations sont déjà pré-remplies.

Puis cliquez sur "continuer"

Numéro de dossier Nom de 777-12345 Martin	a personne D upuis
Situation initiale Incapacité de travail certifiée *	
Incepacté de travail en %* 100 01.10.2022	jusqu'inu 31.12.2022
+ Incapacité de trav	11
Nom du médeon tratant * Dr. Med. Raoul	
Diagnostic déterminé sous forme de codes CIM-	0 (j

Saisissez les informations nécessaires

Numéro de dossier Nom de la personne 777-12345 Martin Dupuis B I 10px ~ III III III IIII IIII IIIIIIIIIIIII	Remarque	es préliminaires	1	Nouveau diagnostic e	et incapacité de travail
B I ⊥ 16px ∨ ⋮≣ ⋮≡ ≡ ≡ ▲ ∨ ∠ ∨ ▷ ▷ ∠* Studeo médicate* • lorem ipsum sit dolor Précédent Continuer		Numéro de dossier 777-12345	Nom de la personne Martin Dupuis		_
Précédent Continuer		B I U 16px ∨ IE IE ≡ Strukten méticale* • lorem ipsum sit dolor	≡ ≡ <u>A</u> ∨ ∠ ∨	<u>۲</u> ۵ ۲	
		Précédent		Continuer	J

Saisissez les informations nécessaires

Puis cliquez sur "continuer"

Remarques préliminaires	S	Nouveau diagnostic et incapacité de travail	
Numéro de d 777-12345	dossier Nom de la personne Martin Dupuis		
Évaluateur Question 1: L entièrement	ir ou médecin consultant : Diagnostic et évaluai Les troubles dont se plaint l'assuré(e) et/ou l'incapacité de tra t ou partiellement imputables à un accident?	tion vail sont-ils	
O Oui	1		
O Non	n		
○ Ne r	peut pas être estimé		
в 1	및 16px -> 🖽 분 폰 폰 폰 A -> 🖋 ->		
Description d • Ior	des plaintes liées à un accident et/ou de l'incapacité de travail due à un accident * rem ipsum		

Saisissez les réponses aux questions posées dans les champs pré-définis

Titre professionnel Avocat	
Volume de travail (%) 100	
Type d'activité professionnelle actuelle activité intellectuelle	
Question 3: Comment l'incapacité de travail (IDT) dans l'activité traditionnelle (charge de travail traditionnelle) est-elle évaluée à l'heure actuelle et comment va-t-elle probablement évoluer ?	
L'incapacité de travail (IDT) dans l'activité traditionnelle (charge de travail traditionnelle) peut-elle être évaluée à l'heure actuelle ? *	
Oui Non	
B I ⊻ 16px ∨ ☵ ☵ ☴ ☴ Ă ∨ ∠ ∨ C C C ∠"	
• lorem ipsum	
	S

Ici, pouvez télécharger votre facture pour l'assurance si nécessaire (c'est aussi possible plus tard) et ajouter des remarques supplémentaires qui seront intégrées au rapport médical

Puis cliquez sur "continuer"

Numéro de dossier 777-12345	Nom de la personne Martin Dupuis	
Documents		_
Ajouter un fichier à l'aide d	le la fonction glisser-déposer OU hercher	
Avez-vous des remarques à formuler?		
Remarques	≕	

Saisissez les informations nécessaires. Ces informations sont destinées au mandataire et ne seront pas incluses dans le rapport.

777-12345	Nom de la personne Martin Dupuis
Info supplémentaire Y a-t-il des informations s pacêtre incluses dans le re	S upplémentaires destinées au mandataire de mission qui ne doivent popur ?
В І Ц 16рх ∨	∃∃≡≡≡∎≜×≰× ▷₿⊭ª
Remarques / notes	sur la gestion des cas médicaux
Quelle a été la durée total exemple, exploration, étu	e de travail nécessaire au traitement de cette mission ? (par le de dossiers, rédiger le rapport) *
Quelle a été la durée total exemple, exploration, étu ^{Heures} 5	e de travail nécessaire au traitement de cette mission ? (par le de dossiers, rédiger le rapport) * Meutes * 30

En saisissant les informations du signataire cela valide officiellement le rapport. Si nécessaire, vous pouvez cliquer sur 'Retour' pour corriger les informations.

Puis cliquez sur "continuer"

Signer le rapport pour le compte du médecin-évaluateur. Signer le rapport en tant que personne traitant le cas. Signature du médecin : Indiquez ici le titre officiel (p. ex. Dr med.), le prénom / nom de famille et le titre de soécialité (o. ex. soécialiste en rhumatologie FMH). Ttraefficiel* Dr. med Préson* Doctor Nom* Muster Ttra de médecin spécialite / Foncton* médecin spécialiste	l	
 Signer le rapport en tant que personne traitant le cas. Signature du médecin : Indiquez ici le titre officiel (p. ex. Dr med), le prénom / nom de famille et le titre de soécialiste en rhumatologie FMH). Ttreedficiel* Dr. med Prenom* Doctor Nem* Muster Ttre de médecin spécialiste / Foncton* médecin spécialiste		Signer le rapport pour le compte du médecin-évaluateur.
Signature du médecin : Indiquez ici le titre officiel (p. ex. Dr med.), le prénom / nom de famille et le titre de spécialité (p. ex. spécialiste en rhumatologie FMH). Titre efficiel* Dr. med Prénom* Doctor Nom* Muster Titre de médecin spécialiste / Fonction* médecin spécialiste		Signer le rapport en tant que personne traitant le cas.
Ttreem" Dc.med Primm" Doctor Nam" Muster Ttreemideen spicalits/foncton* médecin spicalits/foncton*	:	Signature du médecin : Indiquez ici le titre officiel (p. ex. Dr med.), le prénom / nom de famille et le titre de spécialité (p. ex. spécialiste en rhumatologie FMH).
Présem* Doctor Nom* Muster Titre de médecin spécialiste /Fonction* médecin spécialiste		Titre official ' Dr. med
Doctor Nom* Muster Titre de médecin spécialiste / Fonction* médecin spécialiste	L	
Nom* Muster Titre de middeon spicialiste / Fonction* médecin spécialiste		Doctor
Nom* Muster Titre de middeon spécialiste / Fonction * médecin spécialiste		
Titre de mildeon spécialiste / Fonction * médecin spécialiste		Nem" Muster
Titre de médecen spécialite / Fonction * médecin spécialiste		
		Titre de médein spécialité / Fonction * médecin spécialiste

Ici, vous pouvez télécharger le rapport

Info supplémentaires	Quelle a été la durée totale de travail nécessaire au traitement de cette mission ? (par exemple, exploration, étude de dossiers, rédiger le rapport) 05:30
Visa	Dr. med Doctor Muster médecin spécialiste
Précédent Télécharger v	Envoyer
Copyright © 2022 JAROWA AG	Paramètres des cookies + Aide + Signaler une erreur

Cliquez ici pour envoyer le rapport

	•
fo supplémentaires	Quelle a été la durée totale de travail nécessaire au traitement de cette mission ? (par exemple, exploration, étude de dossiers, rédiger le rapport) 05:30
isa	Dr. med Doctor Muster médecin spécialiste
Précédent Télécharger 🗸	Envoyer
pyright © 2022 JAROWA AG	Paramètres des cookies - Aide - Signaler une erreur