

ANNEXE II

à la Convention du 9 mars 1998 concernant les soins dispensés à domicile
et ambulatoirement à charge de l'assurance-maladie

Formulaire d'évaluation des prestations requises au titre de l'art. 7 OPAS

Fournisseur de soins: N° concordat:
Fournisseur de soins: N° concordat:
Fournisseur de soins: N° concordat:

Informations administratives concernant le client:

Nom:
Prénom:
Adresse:
NPA et localité:
Tél. privé:
Date de naissance:
Alloc. pour impotent: ☐ moyenne ☐ lourde

Nom du médecin:
Assureur-maladie:

Si prestations fournies au titre LAA:

Assureur-accident:
Employeur:
NPA et localité:

Motif de l'intervention du service à domicile:

☒ Maladie ☐ Autre motif:
☐ Maternité
☐ Accident

☐ première évaluation / mandat
☒ renouvellement de l'évaluation / mandat
Le mandat est valable à partir du 1^{er} IV 2008
pour ☐ 3 mois ☒ 6 mois ☐ autre période:

Evaluation des prestations à fournir par le service pour la période couverte par le mandat OPAS 7

	Par semaine (estimation)	OU Par mois (estimation)	Total sur la période couverte par le mandat
	Heures	Heures	Heures
Evaluation/Conseils OPAS 7, al. 2a	<u>45 mn</u>	<u>4^h 30</u>
Examens et soins OPAS 7, al. 2b	<u>15 mn</u>	<u>1^h 30</u>
Soins de base (complexes)
Soins de base (simples)
Total intermédiaire	<u>1^h</u>	<u>6^h</u>
	Nombre	Nombre	Nombre
Total des visites à domicile toutes prestations OPAS 7 confondues	<u>1</u>	<u>6</u>

Genre de prestations dispensées / Prestations
du/des service-s d'aide et de soins à domicile:

Contrôle santé
Instruction-Conseil) 1 f/mois
si tout
va bien

Remarques du médecin :

Date, signature de l'infirm-ier-ère référent-e :

Date, timbre et signature du médecin 15-4-08

3 IV 2008

Concordat : No