MONDEMO Patient

22/01/1956

Dr. MEDECIN



Annexe III à la convention AFAS/santésuisse du 18.07.2008 concernant les soi le cadre de l'assurance obligatoire des soins (art. 25 LAMal et al

Ancien - Bons

Fournisseur-s de prestations			No.	RCC		
Nom / prénom	MONDEMO Patient	Date de naiss	Date de naissance 22.01.1956			
Rue / No	Rue de la dinique 7	Assureur-mal	Assureur-maladie UneAssurance			
NPA / localité	1763 Granges-Paccot	Si prestations	fournies au titre LAA			
Γėl.	026 550 05 80	Assureur-acc	ident			
Médecin nom/prénom/adresse) Allocation pour impote Motif de l'intervention Première évaluation	nce lėgėre X Maladie	Employeur , rte. d'Englisberg 13, 176 moyenne Accident Renouvellement	grave Maternité tr			
Mandat valable dès le Pour au maximum	25.12.2010 3 mois	6 mois autre				
Evaluation des presta	tions	Par semaine (estimation) Heures :	Ou par mois (estimation) Heures :	Total sur la période couverte par le mandat Heures :		
Evaluation / Conseils	OPAS 7, al. 2a	30 mm.	2 2	1 s		
Examens / Traitemen	ts OPAS 7, al. 2b	30 min.	n n	Q ñ		
Soins de base (comp	lexes)	8 4 30	102	30 ~		
Soins de base (simple	es)	:				
Total heures		3:30	Ali"	hl		
Total des visites toute confondues	es prestations OPAS 7	Nombre :	Nombre :	Nombre:		
	pensées / prestations de la / des le soins à domicile :	Remarques	du médecin :			
Soins du ba Controle sant Administration Instruction Instruction Infirmier/ère référen Sceau/signature:	midic. 11/18m. Conseil 11/18m.	Médecin: Sceau/signa	ture:			
Date: 78X4	LONO.	Date: (C). c/ // No	RCC		

Annexe III à la convention AFAS/santésuisse du 18.07.2008 concernant les soins à domicile dispensés dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (art. 25 LAMal et art. 7 et 8 OPAS)

Fournisseur-s de prestations		•			No R	ecc
Nom / prénom	MONDEMO Patient		Date de naiss	ance	22.01.1956	<u> </u>
Rue / No	Rue de la clinique 6 1763		Assureur-mal	adie	UneAssura	ance
NPA / localité	Granges-Paccot		Si prestations	fournies au	ı titre LAA	
Tél.	026 550 05 80		Assureur-acc	ident		
Médecin (nom/prénom/adresse) Allocation pour impotence Motif de l'intervention Première évaluation / mandat MEDEC N Test Medecin MEDEC N Test Maladie		Employeur Tre. d'Englissberg I3, I763 Granges-Paccot moyenne grave Accident Maternité Infirmité congénitale Renouvellement de l'évaluation / mandat				•
Mandat valable dès le Pour au maximum	25.11.2010 3 mois	6 mois	Z autre	A mails		
Evaluation des prestat	tions	(es	semaine timation) leures :	,	r mois nation) res :	Total sur la période couverte par le mandat Heures :
Evaluation / Conseils	OPAS 7, al. 2a	,30 min) <u>'</u>	9 12
Examens / Traitement	ts OPAS 7, al. 2b		30 min.		2 4	2 "
Soins de base (comple	exes)	·	24 15		7 "	9 4
Soins de base (simple	es)	-5/-	<u>, </u>	~		
Total heures		3.	· 15	1.	3 1	13 .
Total des visites toute	s prestations OPAS 7	N	ombre :		ibre :	Nombre :
confondues		<u> </u>	9	3	6	36
organisation-s d'aide et de	ensées / prestations de la / des a soins à domicile :		Remarques	du médeci	n :	
Soins de Jase Instruction (Administration Controle santé Infirmierlère référent Sceau/signature:			Médecin: Sceau/signat	ure :		
Date: 30 2	\$ 2010		Date:	12	O No RO	oc .



				LE DE SOINS A	
	(à charge de l'		oins a	art. 25 LAMai et art.	7 et 8 OPAS) -
		MONDEMO RUE DE LA CLINIQU	PATIENT		
Nom	, prénom du patient :	1763 Granges-Paccot		Date de naiss	ance:
		M / MAL / UneAs 21/11/2010 MEDE M			21171-001-001-001-001-001-001-001-001-001
Aare	2886 ;	HOSP HER Riaz	ובטבט וש	Tél.:	ه در
		HA HIZZ			•
Μи	faladie [*]	☐ Accident			☐ Autre
	TEXANORINE (FEE	N Secondary Made Vise	R-3/17		
	. Evaluation et mise en pla		. 2a, ch. 1	NASMIN CONTRACT	5 / APRIE 00 // ICON, MIENTFAIRES
·X	Consells / contrôle	61	ch. 2		
÷	Contrôles signes vitaux	art. 7, a l	. 2b, ch. 1	9x / som	
	Test simple glucose sang	-	ch. 2	2x / som	
	Prélèvement matériel pou		ch. 3		
	Mesures thérap. Respirati		ch. 4		
	Pose sonde / cathéter / so		ch. 5		
	Soins hémodialyse / périto		ch, 6		
~	Adm. Médic. / Inject. IM/IV		ch. 7		
	Adm. sol. nutritives ent./ p		ch. 8	à pinneiller.	÷ Semainien.
	Surveillance / perfusions /		ch. 9	<u></u>	
	Soins plaies / pansements		ch. 10		
	Soins troubles urinaires / i	_	ch. 11	·	
V	Bains med. / envelop. / ca		ch. 12		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
- \$-	Soins de base / mobilisation		. 2c, ch. 1	4	on a protine 1x/ malin wa
	Soins mal. Psych. Et psyc		ch. 2	9x /20m.	
	Composition of the property of			 	
Le m	andat est valable à pa	rtir du : <u>95</u>	11. 20 h	<u> </u>	•
Pour	3 mois	, . [☐ 6 mols	. 🗆	Autre période
			•	Sceau ef	signature du médecin
Date	# # # # # # # # # # # # # # # # # # #		***************************************	N° de cor	ncordat 5
	•		•	1	0.0.1865
			•	•	FR! Billens-Châtel-Riaz
					
Four	nisseurs de prestations	S		Sceau et s	ignature du fournisseur
	· <u>-</u>	inflet	niāca	N° de con	
			···················	•	
		a			
Débu	ut du traitement :	ZS XI , Za	10	· •	
EO 244	-26-HSF Emis: Doyen du Collè	us des médicaire		044:08.04.03	
FO-314	-26-HSF Emis: Doyen du Coilé 26-HSF Prescription médicule de sous à	ನ್ನಡಚಿತ್ರಕ್ಕಾರಂ ೨೦ ೧೯೨ (ಚಿತ್ರಕ್ಕಾರಡ)		Créé: 28.04.08 Modifié	Version: 1.0 1/1

Annexe III à la convention AFAS/santésuisse du 18.07.2008 concernant les soins à domicile dispensés dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (art. 25 LAMal et art. 7 et 8 OPAS)

Fournisseur-s de prestations			No	RCC		
Nom / prénom	MONDEMO Patient	Date de naiss	ance 22.01.195	66		
Rue / No	Rue de la clinique 6	Assureur-maladie UneAssurance				
NPA / localité	1763 Granges-Paccot	Si prestations	fournies au titre LAA			
Tél.	026 550 05 80	Assureur-acci	Assureur-accident			
Médecin (nom/prénom/adresse)	MEDECIN Tes	Employeur				
Allocation pour imp		t, rte. d'Englisberg 13, 1763 Granges-Paccot moyenne grave				
Motif de l'intervention Maladie		Accident Maternité Infirmité congénitale				
Première évaluation / mandat		Renouvellement	de l'évaluation / mand	at		
Mandat valable dès	le 01.10.2010					
Pour au maximum	x 3 mois	6 mois autre				
Evaluation des pre	stations	Par semaine (estimation)	Ou par mois (estimation)	Total sur la période couverte par le mandat		
		Heures :	Heures :	Heures :		
Evaluation / Conse	ils OPAS 7, al. 2a	30 min.	2 "	6 4		
Examens / Traitem	nents OPAS 7, al. 2b	30 aun	24	64		
Soins de base (cor	mplexes)	30 min	- 3 ri	6 %		
Soins de base (sim	nples)					
Total heures		1-30	6 4	18		
	utes prestations OPAS 7	Nombre :	Nombre :	Nombre :		
confondues		2.	σ	Zh		
organication-s d'aide d	dispensées / prestations de la / des et de soins à domicile :	Remarques o	du médecin :			
Soins du 4 Control san Jemainier Instruction	roe 1 f/sem					
Instruction-	Consul/					
	ent/e: BOURGEON Joëlle	Médecin: RE	POND Claude			
Sceau/signature :		Sceau/signate	ure:			
		;				
Date: 190	ichobre Love	Date : 25	10.10 No F	RCC		

$\overline{}$		
j.		
1		

Annexe III à la Convention AFAS/santésuisse du 18.07.2008 concernant les soins à domicile dispensés dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (art. 25 LAMal et art. 7 et 8 OPAS)

Fournisseur-s de prestations :			N°RCC
Nom / prénom :	Date de n	aissance :	
Rue / n°:	Assureur-	maladie :	
NPA / localité :	<u>Si prestat</u>	ions fournies au titre L	<u>M :</u>
Tél. :	Assureur-		
	Employeu	r:	
Médecin (nom/prénom/adresse) :			
Allocation pour impotence : légère	moyenne	grave	
Motif de l'intervention : X maladi	ieaccident	maternité inf	îrmité congénitale
première évaluation / mandat	renouvelleme	ent de l'évaluation / mar	ndat
Mandat valable dès le :			,
Pour au maximum :	3 mois 6		/ mais.
Evaluation des prestations	Par semaine (estimation) Heures :	OU par mois (estimation) Heures :	Total sur la période couverte par le mandat Heures :
Evaluation / Conseils OPAS 7, al. 2a	15 ma	1 2	
Examens / Traitements OPAS 7, al. 2b	30 piin	ð ú	
Soins de base (complexes)	30 min	2 11	
Soins de base (simples)			
Total heures	45 aun.	54	
Total des visites toutes prestations OPAS 7 confondues	Nombre:	Nombre :	Nombre :
Genre de prestations dispensées / prestat des organisation-s d'aide et de soins à do	micile : Rema	rques du médecin :	
Roma de Sais 1/18 Administration médic Constrole sonte Instruction Conseil	1 / Jan		
	Sceau	/signature :	
Date: 1/1 V 10/10	Date :	87.10 N	* RCC :

PRESCRIPTION DU MEDECIN POUR LES PRESTATIONS D'ECONOMIE FAMILIALE

rempiir par	le médecin	
Isager (Nom/	orénom/adresse)	Médecin (Nom/prénom/adresse) :
IONDEMO lue de la cliniqu	PATIENT 22/01/1956	
•	nges-Paccot 026 550 05 80	
5 _4_ da aa:aa.		
	ance :	
<u> réléphone :</u>	<u></u>	Téléphone:
Motif d'inter	vention :	
⊠ maladie	☐ accident	maternité prévention
X	Type d'intervention	Commentaire
Ø.	Travaux d'économie familiale	pour commissions + ménage 1x/se
	Encadrement social et soutien	
l e mandat es	t valable à partir du 2 7.15	Pour jours semaine mois
	2-7.2010	
N- de concort	lat :	
		Latin and firm at him and account l'acconomia
Si v famili	ous êtes au bénéfice d'une assuranci ale, veuillez vous informer auprès de	e maladie complémentaire qui couvre l'économie votre caisse sur les modalités de remboursement.
	r le Service d'aide et de soins à domis	ile pour le remboursement par la caisse-maladie
	r le Service d'aide et de soins à domic	cile pour le remboursement par la caisse-maladie
A remplir pa	r le Service d'aide et de soins à domic	
A remplir par Début de l'inte		Sceau et signature du fournisseur de prestations :

PRESCRIPTION DU MEDECIN POUR LES PRESTATIONS D'ECONOMIE FAMILIALE

	A transmet	tre complété au :	
	10 - 20 5 d - 2 5 -		
A remplir par	ie medecin		
Usager (Nom/	prénom/adresse) :	Médecin (Nom/prénom/adresse) :	
	•		
Date de naissa	Ince:		
Téléphone :		Téléphone :	ı
Motif d'inter	vention :		
⊠ maladie	☐ accident	maternité prévention	
X	Type d'intervention	Commentaire	
风	Travaux d'économie familiale		
	Encadrement social et soutien		
Le mandat est	valable à partir du Ol 01.25%	Pour jours semaine 🔼 mois	5
Date: 30	0.07-2010	Sceau et signature du médecin :	
Nº de concord	at :		,-
14 20 00110014			
Si vo familia	ous êtes au bénéfice d'une assurance ale, veuillez vous informer auprès de	votre caisse sur les modalites de remboursement.	
A complication	la Santica d'aida et de soins à domic	ile pour le remboursement par la caisse-maladie	
A lenipin pai	16 36! AICE O SIGO OF GC 301119 & SOUTH		
Début de l'inte	rvention:	Sceau et signature du fournisseur de prestations :	
Bulle, le :			
N° de concord	at:		



Aux médecins prescripteurs de prestations de soins à domicile

Service d'aide et de soins à domicile

Téléphone Télécopie Courriel



Bulle, date du timbre postal

Evaluation des soins requis

Chère Madame, Cher Monsieur,

Conformément à l'art. 8 OPAS, nous vous soumettons les formulaires d'évaluation des prestations dispensées par notre Service d'aide et de soins à domicile.

En cas d'accord, nous vous remercions de bien vouloir les signer et nous les retourner dans les meilleurs délais au moyen de l'enveloppe annexée.

Dans l'attente de votre prochain courrier, nous vous prions d'agréer, Chère Madame, Cher Monsieur, nos meilleures salutations.



Responsable du Service d'aide et de soins à domicile

Annexes : ment.

Annexe III à la convention AFAS/santésuisse du 18.07.2008 concernant les soins à domicile dispensés dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (art. 25 LAMai et art. 7 et 8 OPAS)

Fournisseur-s de prestations				N	o RCC		
Nom / prénom	MONDE	MO Patient	Date de nais	sance 22.01.19	956		
Rue / No	Rue de la d	clinique 6	Assureur-maladie Une assurance				
NPA / localité	1763 Grang	ges-Paccot	Si prestations fournies au titre LAA				
Tél.	026 550 05	80	Assureur-accident				
Médecin (nom/prénom/adresse)		MEdECIN Tost	Employeur t, rte. d'Englisberg 13, 1763 Granges-Paccot				
Allocation pour impote	ence			•			
Motif de l'intervention		Maladie	moyenne Accident	Maternitéi li	nfirmité congénitale		
Première évaluation / mandat		7		de l'évaluation / mand			
Mandat valable dès le	•	01.04.2010_					
Pour au maximum		x 3 mois	6 moisautre				
Evaluation des prestations			Par semaine (estimation)	Ou par mois (estimation)	Total sur la période couverte par le mandat		
			Heures :	Heures :	Heures :		
Evaluation / Conseils				30 ma.	1 <u>430</u> 45min.		
Examens / Traitemer		l. 2b		15 m	45min		
Soins de base (comp	lexes)						
Soins de base (simple	es)						
Total heures				45 min	2.4/15		
Total des visites toute	es prestations	OPAS 7	Nombre :	Nombre :	Nombre :		
Contondues		stions do la Ldos			3		
Genre de prestations disp organisation-s d'aide et d	le soins à domi	cile:	Remarques	du médecin :	, <u> </u>		
Controle so Instruction Conscil	whe)	/mes.					
Infirmier/ère référent Sceau/signature :	Ve: uneInfirn	nière	Médecin: ME Sceau/signat				
Date: 30 1	\$ 10.10		Date: 6 C	. Co No	RCC		

Fournisseur de soins		Nu	iméro RCC	
Fournisseur de soins	***************************************	Nu	méro RCC	
Fournisseur de soins		Nu	méro RCC	
Informations adminis	stratives concernant le clie	ent M édecin		
Monsieur Patient MONDEMO Rue de la clinique 6 1763 Granges-Paccot		Docteur Test MEDECI rte. d'Englissb 1763 Granges	erg 13	
Téléphone	026 550 05 80	Si prestations	fournies au titre LAA:	
Date de naissance	22.01.1956	Assureur-acci	dent	
Caisse maladie	UneAssurance	Employeur		
Alloc. pour impotent	Moyenne Lourd	de NPA et localite	é	
Motif de l'intervention	n du service à domicile	Première	évaluation / mandat	
Maladie	Autre motif	Renouvel	lement de l'évaluation /	mandat
Maternitė			t valable à partir du	01.04.2009
Accident		₩.	•	Autre
	stations à fournir par le ode couverte par le	Par semaine (estimation)	Ou Par mois (estimation)	Total sur la période couverte par le mandat
		Heures	Heures	Heures
Evaluation/Conseils C	DPAS 7, al. 2a		30 ma	1-30
Examens et soins OP	PAS 7, al. 2b			H.S. mes
Soins de base (compl	lexes)	1		
Soins de base (simple	es)		,	••••••
Total intermédiaire			15 m	2:15
Total des visites à dor OPAS 7 confondues	micile toutes prestations	Nombre	Nombre	Nombre 3
Genre de prestations (des) service(s) d'aide Controle Sant	dispensées / prestations du e et de soins à domicile	Remarques	du médecin	
Date, signature de l'in	firmier/ère	ate, timbre	e et s	
3/11/20	9			
		uméro RC	C:	

Fournisseur de soins		Num	éro RCC	
Fournisseur de soins		Num	éro RCC	
Fournisseur de soins		Num	éro RCC	***************************************
Informations adminis	stratives concernant le clie	nt Médecin		
Monsieur Patient MONDEMO Rue de la clinique 6 1763 Granges-Paccot		Docteur Test Medecin Rte. d'Englissbe 1763 Granges-F		
Téléphone	026 550 05 80	Si prestations fo	ournies au titre LAA:	
Date de naissance	22.01.1956	Assureur-accide		
Caisse maladie	UneAssurance	Employeur		
Alloc. pour impotent	Moyenne Lourde	1104		•••••
Maladie Maternité	n du service à domicile Autre motif	Renouvelle	valuation / mandat ment de l'évaluation / i alable à partir du	01.01.2009
Accident	***************************************	pour 🔁 3 moi	s 6 mois	Autre
	stations à fournir par le iode couverte par le	Par semaine (estimation)	Ou Par mois (estimation)	Total sur la période couverte par le mandat
		Heures	Heures	Heures
Evaluation/Conseils (OPAS 7, al. 2a		30 ma	1430
Examens et soins OF	PAS 7, al. 2b		15 mn	h5 ma
Soins de base (comp	lexes)		***************************************	
Soins de base (simple	es)			
Total intermédiaire			15 m	2"15
Total des visites à do OPAS 7 confondues	micile toutes prestations	Nombre	Nombre	Nombre 3
	dispensées / prestations du e et de soins à domicile		u médecin	
Date, signature de l'ir	firmier/èr <u>e référent/e)</u>	Date, timbre	et sign	
17 11 200	3			
		Numéro RCC	:	

Fournisseur de soins		Num	Numéro RCC		
Foumisseur de soins	***************************************	Numéro RCC			
Foumisseur de soins		Num	néro RCC		
Informations admini	stratives concernant le client	Médecin			
Monsieur Patient MONDEMO Rue de la clinique 6 1763 Granges-Paccot		Docteur Test MEDECIN rte. d'Englisberg 1 1763 Granges-F			
Téléphone	026 550 05 80	Si prestations fo	ournies au titre LAA:		
Date de naissance	22.01.1956	Assureur-accide	ent		
Caisse maladie	UneAssurance	Employeur	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	
Alloc. pour impotent	Moyenne Dourde	NPA et localité			
M otif de l'interventio	n du service à domicile	Première év	valuation / mandat		
Maladie	Autre motif	_	ment de l'évaluation / m	andat	
Matemité		Le mandat est valable à partir du 01.10.2009			
Accident		pour 3 mois 6 mois Autre			
	stations à fournir par le iode couverte par le	Par semaine (estimation)	Ou Par mois (estimation)	Total sur la période couverte par le mandat	
-		Heures	Heures	Heures	
Evaluation/Conseils (OPAS 7, al. 2a		30 M	1-30	
Examens et soins Of	PAS 7, al. 2b			45 ma	
Soins de base (comp	plexes)		••••••	***************************************	
Soins de base (simpl	les)				
Total intermédiaire	 		15 m	2715	
Total des visites à do OPAS 7 confondues	micile toutes prestations	Nombre	Nombre	Nombre 3	
Genre de prestations (des) service(s) d'aid Controle Acut	dispensées / prestations du le et de soins à domicile	Remarques d	u médecin		
Date, signature de l'in	nfirmier/ère référent(e)	Date,			
folkali landing of b	Ward.				

Foumisseur de soins	Numéro RCC					
Foumisseur de soins		Numéro RCC				
Fournisseur de soins	4.4/444-46/444-447-44-444-444-444-444-444-44-44-4	Numéro RCC				
Informations admini	stratives concernant le client	Médecin				
Monsieur Patient MCNDEMO Rue de la clinique 6 1763 Granges-Paccot		Docteur Test MEDECN Rte, d'Englissberg 13 1763 Granges-Paccot				
•		_				
Téléphone	026 550 05 80	•	ournies au titre LAA:			
Date de naissance	22.01.1956	Assureur-accide	ent			
Caisse maladie	Une A ssurance	Employeur				
Alloc. pour impotent		NPA et localité				
Motif de l'intervention	☐ Moyenne ☐ Lourde on du service à domicile	Première é	valuation / mandat			
Maladie	Autre motif	Renouvellement de l'évaluation / mandat				
Maternité		Le mandat est valable à partir du 01.10.2008				
Accident		pour X 3 mois				
Evaluation des prestations à fournir par le service pour la période couverte par le mandat OPAS 7		Par semaine (estimation)	Par mois (estimation)	Total sur la période couverte par le mandat		
		Heures	Heures	Heures		
Evaluation/Conseils	OPAS 7, al. 2a		30 ma	1:30		
Examens et soins O	PAS 7, al. 2b		15 mn			
Soins de base (comp	olexes)			***************************************		
Soins de base (simp	les)		•••			
Total intermédiaire			45 m	2-15		
Total des visites à de OPAS 7 confondues	omicile toutes prestations	Nombre	Nombre	Nombre 3		
	dispensées / prestations du le et de soins à domicile	Remarques d	lu médecin	:		
Date, signature de l'in	nfirmier/ère référent(e)	Date, timbre				
ZX4 Ja						
		Numéro RCC	:			
- Andrews			1017.08	<u> </u>		

ANNEXE II

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

Fournisseur de soins:	Nº concordat:			
Fournisseur de soins:	N'	concordat:		
Informations administratives concernant le c	client:			
Nom:	Nom du méd	lecin:	** *********	
Prénom:	Assureur-ma	ladie:		
Adresse:	. .			
NPA et localité:	<u>Si prestations fournies au titre LAA:</u> . Assureur-accident:			
Tél. privé:				
Date de naissance:	Employeur:			
Alloc, pour impotent: moyenne lou	irde NPA et locali	té:		
Motif de l'intervention du service à domicile:	□ première	évaluation / mandat	•	
Waladie ☐ Autre motif:		ement de l'évaluatio		
☐ Maternité		st valable à partir du		
Accident		is XX 6 mois 🗆 a		
	pos. <u>—</u> o		idiro portodo	
Evaluation des prestations à fournir par le		OU	Total sur la	
service pour la période couverte par le	Par semaine	Par mois	période couverte	
mandat OPAS 7	(estimation)	(estimation)	par le mandat	
	Heures	Heures	Heures	
Evaluation/Conseils OPAS 7, al. 2a		45 m	4.30	
Examens et soins OPAS 7, al. 2b	4,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	.15.aa	1.30	
Soins de base (complexes)) — · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
Soins de base (simples)				
Total intermédiaire		1 4		
Total interfreoiaire		L	0	
Total des visites à domicile toutes prestations	Nombre	Nombre	Nombre	
OPAS 7 confondues	***************************************		<u> </u>	
Genre de prestations dispensées / Prestations	Remarques d	lu médecin	-	
du/des service-s d'aide et de soins à domicile:				
Controle soute) 1 /me Instruction- Conseil) si four	N			
Tostruction- Conseil I for	/			
AT . TO				
du/des service-s d'aide et de soins à domicile: Contrôle santé Instruction- Conseil) si four sa birn				
Date, signature de l'infirm-ier-ère référent-e :		t signature du méde	ecin 15 - U. A.O	
		3	7-7.08	
3 Ty los				

ANNEXE II

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

Fournisseur de soins:			. Nº concordat:				
Fournisseur de soins:		. Nº	. Nº concordat:				
Fournisseur de soins:		Nº	Nº concordat:				
		ši					
ilitormations admini	istratives concernant le c						
Nom:		Nom du médecin:					
Prénom:		Assureur-mal	adie:	A,,			
Adresse:			e de la constitució de la cons	A .			
NPA et localité:		Si prestations fournies au titre LAA;					
Tél. privé:		Assureur-accident:					
Date de naissance:		Employeur:	•,				
Alloc. pour impotent:	☐ moyenne ☐ lou	rde NPA et localit	ie: .,,,,				
Motif de l'Intervention	on du service à domicile:	☐ première é	evaluation / mandat				
Maladie	☐ Autre motif:		renouvellement de l'évaluation / mandat				
☐ Maternité	***************************************	Le mandat est valable à partir du 1- janviu 2008					
☐ Accident	\p\.\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	pour 2 3 mois 6 mois autre période:					
		·					
Evaluation des pres service pour la périd	tations à fournir par le rde converte par le	Par semaine	OU Par mois	Total sur la période couverte			
mandat OPAS 7	ode obdivoite par io	(estimation)	(estimation)	par le mandat			
		Heures	Heures	Heures			
			45 ma	9.45			
Evaluation/Conseils OPAS 7, al. 2a				45m			
Examens et soins OPAS 7, al. 2b		*************	15mm	4.2.104			
Soins de base (complexes)		-44446-4114111777-		***************************************			
Soins de base (simples)							
Total intermédiaire			14	3.2.			
		Nombre	Nombre	Nombre			
Total des visites à do OPAS 7 confondues	micile toutes prestations		1	3			
				anowanne-			
duides senice e d'air	dispensées / Prestations le et de soins à domicile:	· ·	Remarques du médecin :				
Controle And	()	r					
ما ما ما	Conseil) All	mois					
IMICKEMON.	Consert /17						
Date, signature de l'in	ifirm-ier-ère référent-e :	Date, timbre e	t signature du méde	ecin 29.01.08			
·	_			21.000			
The janvie	2008						
		Concordat : N	ó				
		- Journal . 14	<u> </u>	***************************************			
		•	170 Evaluation are	stations requises.DOC/v.1			