



EVALUATION DES SOINS REQUIS

Fournisseur-s de
prestations

No RCC

Nom / prénom

MONDEMO Patient

Date de naissance

22.01.1956

Rue / No

Rue de la clinique 7

Assureur-maladie

UneAssurance

NPA / localité

1763 Granges-Paccot

Si prestations fournies au titre LAA

Tél.

026 550 05 80

Assureur-accident

Employeur

Médecin

(nom/prénom/adresse)

MEDECIN Test, rte. d'Englisberg 13, 1763 Granges-Paccot

Allocation pour impotence

☐ légère

☐ moyenne

☐ grave

Motif de l'intervention

☒ Maladie

☐ Accident

☐ Maternité

☐ Infirmité congénitale

☐ Première évaluation / mandat

☒ Renouvellement de l'évaluation / mandat

Mandat valable dès le

25.12.2010

Pour au maximum

☒ 3 mois

☐ 6 mois

☐ autre

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	30 min.	2 ⁿ	6 ⁿ
Examens / Traitements OPAS 7, al. 2b	30 min.	2 ⁿ	6 ⁿ
Soins de base (complexes)	2 ⁿ 30	10 ⁿ	30 ⁿ
Soins de base (simples)			
Total heures	3 ⁿ 30	14 ⁿ	42 ⁿ
Total des visites toutes prestations OPAS 7 confondues	Nombre : 8	Nombre : 32	Nombre : 36

Genre de prestations dispensées / prestations de la / des
organisation-s d'aide et de soins à domicile :

Soins de base 1 f / 1 m.
Contrôle santé 1 f / 1 m.
Administration médic. 1 f / 1 m.
Instruction - Conseil 1 f / 1 m.

Remarques du médecin :

Infirmier/ère référent/e:

Sceau/signature :

Médecin:

Sceau/signature :

Date :

28.04.2010.

Date :

10.04

No RCC

EVALUATION DES SOINS REQUIS

Fournisseur-s de prestations [REDACTED] No RCC [REDACTED]

Nom / prénom **MONDEMO Patient** Date de naissance **22.01.1956**
 Rue / No **Rue de la clinique 6 1763** Assureur-maladie **UneAssurance**
 NPA / localité **Granges-Paccot** Si prestations fournies au titre LAA
 Tél. **026 550 05 80** Assureur-accident _____
 Employeur _____

Médecin (nom/prénom/adresse) **MEDECIN Test, rte. d'Englisberg 13, 1763 Granges-Paccot**

Allocation pour impotence ☐ légère ☐ moyenne ☐ grave
 Motif de l'intervention ☒ Maladie ☐ Accident ☐ Maternité ☐ Infirmité congénitale
☐ Première évaluation / mandat ☒ Renouvellement de l'évaluation / mandat

Mandat valable dès le **25.11.2010**

Pour au maximum ☐ 3 mois ☐ 6 mois ☒ autre **1 mois**

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	30 min	2^h	2^h
Examens / Traitements OPAS 7, al. 2b	30 min.	2^h	2^h
Soins de base (complexes)	2^h 15	9^h	9^h
Soins de base (simples)			
Total heures	3^h 15	13^h	13^h
Total des visites toutes prestations OPAS 7 confondues	Nombre : 9	Nombre : 36	Nombre : 36

Genre de prestations dispensées / prestations de la / des organisation-s d'aide et de soins à domicile :

*Soins de base 1 f. / jr.
 Instruction- Conseil 2 f. / sem.
 Administration medic 1 f. / sem.
 Contrôle santé 2 f. / sem.*

Infirmier/ère référent/e: [REDACTED]

Sceau/signature :

Remarques du médecin :

Médecin: [REDACTED]

Sceau/signature :

Date : **30 XI 2010**

Date : **13.12.10** No RCC



PRESCRIPTION MEDICALE DE SOINS A DOMICILE

(à charge de l' 22/01/1956 soins art. 25 LAMal et art. 7 et 8 OPAS)

MONDEMO PATIENT
RUE DE LA CLINIQUE 7

Nom, prénom du patient : 1763 Granges-Paccot 026 550 05 80

Date de naissance :

Adresse : M / MAL / UneAssurance
21/11/2010 MEDE MEDED 1G

Tél. :

HOSP HFR Riaz

☒ Maladie

☐ Accident

☐ Maternité

☐ Autre

EXAMENS / SOINS / TRAITEMENTS	MEDICAMENTS / PREO / COMMENTAIRES
Evaluation et mise en place art. 7, al. 2a, ch. 1	
<input checked="" type="checkbox"/> Conseils / contrôle " ch. 2	
<input checked="" type="checkbox"/> Contrôles signes vitaux art. 7, al. 2b, ch. 1	9x / sem
Test simple glucose sang / urine " ch. 2	
Prélèvement matériel pour ex. labo. " ch. 3	
Mesures thérap. Respiration " ch. 4	
Pose sonde / cathéter / soins " ch. 5	
Soins hémodialyse / péritonéale " ch. 6	
<input checked="" type="checkbox"/> Adm. Médic. / Inject. IM/IVIS-GUT./PREF " ch. 7	à surveiller + semainier
Adm. sol. nutritives ent. / parent " ch. 8	
Surveillance / perfusions / transfusions " ch. 9	
Soins plaies / pansements / pédic. diab. " ch. 10	
Soins troubles urinaux / intestinaux " ch. 11	
<input checked="" type="checkbox"/> Bains méd. / envelop. / cataplasmes " ch. 12	bas de contention à machine 1x / j matin vers 11h
<input checked="" type="checkbox"/> Soins de base / mobilisation art. 7, al. 2c, ch. 1	9x / sem
Soins mal. Psych. Et psycho-gériatriques " ch. 2	

Le mandat est valable à partir du : 25.11.2010

Pour

☒ 3 mois

☐ 6 mois

☐ Autre période

Date :

Sceau et signature du médecin
N° de concordat

HFR Billens-Châtel-Riaz

Fournisseurs de prestations

Infirmière

Sceau et signature du fournisseur
N° de concordat

Début du traitement : 25.11.2010

EVALUATION DES SOINS REQUIS

Fournisseur-s de prestations [REDACTED] No RCC [REDACTED]

Nom / prénom **MONDEMO Patient** Date de naissance **22.01.1956**
 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-accident _____
 Employeur _____

Médecin (nom/prénom/adresse) **MEDECIN Test, rte. d'Englisberg 13, 1763 Granges-Paccot**
 Allocation pour impotence ☐ légère ☐ moyenne ☐ grave
 Motif de l'intervention ☒ Maladie ☐ Accident ☐ Maternité ☐ Infirmité congénitale
☐ Première évaluation / mandat ☒ Renouvellement de l'évaluation / mandat

Mandat valable dès le **01.10.2010**
 Pour au maximum ☒ 3 mois ☐ 6 mois ☐ autre

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	30 min.	2 ^h	6 ^h
Examens / Traitements OPAS 7, al. 2b	30 min	2 ^h	6 ^h
Soins de base (complexes)	30 min	2 ^h	6 ^h
Soins de base (simples)			
Total heures	1 ^h 30	6 ^h	18
Total des visites toutes prestations OPAS 7 confondues	Nombre : 2	Nombre : 8	Nombre : 26

Genre de prestations dispensées / prestations de la / des organisation-s d'aide et de soins à domicile :

Soins de base 1 f / sem
 Contrôle santé
 Semainier
 Instruction - Conseil

Infirmier/ère référent/e: **BOURGEOIN Joëlle**
 Sceau/signature :

[REDACTED]

Date : **19 octobre 2010**

Remarques du médecin :

[REDACTED]

Médecin: **REPOND Claude**
 Sceau/signature :

[REDACTED]

Date : **25.10.10** 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)

EVALUATION DES SOINS REQUIS

Fournisseur-s
de prestations :

N°RCC

Nom / prénom :

Date de naissance :

Rue / n° :

Assureur-maladie :

NPA / localité :

Si prestations fournies au titre LAA :

Tél. :

Assureur-accident :

Employeur :

Médecin (nom/prénom/adresse) :

Allocation pour impotence : ☐ légère ☐ moyenne ☐ grave

Motif de l'intervention : ☒ maladie ☐ accident ☐ maternité ☐ infirmité congénitale

☐ première évaluation / mandat

☒ renouvellement de l'évaluation / mandat

Mandat valable dès le :

Pour au maximum :

☐ 3 mois

☐ 6 mois

☒ autre 1 mois.

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 min	1 ^h	
Examens / Traitements OPAS 7, al. 2b	30 min	2 ^h	
Soins de base (complexes)	30 min	2 ^h	
Soins de base (simples)			
Total heures	45 min.	5 ^h	
Total des visites toutes prestations OPAS 7 confondues	Nombre : 2	Nombre : 8	Nombre :

Genre de prestations dispensées / prestations de la /
des organisation-s d'aide et de soins à domicile :

Soins de base 1 f./sem
Administration medic 1 f./sem
Conseils santé
Instruction Conseil

Remarques du médecin :

Médecin :

Sceau/signature :

Date :

24.01.2010

Date : 07.10

N° RCC :

juin 2009

PRESCRIPTION DU MEDECIN POUR LES PRESTATIONS D'ECONOMIE FAMILIALE

A transmettre complété au :

A remplir par le médecin

Usager (Nom/prénom/adresse) :

MONDEMO **PATIENT** **22/01/1956**
Rue de la clinique 6
1763 Granges-Paccot 026 550 05 80

Date de naissance :

Téléphone :

Médecin (Nom/prénom/adresse) :

.....
.....
.....
.....
.....

Téléphone :

Motif d'intervention :

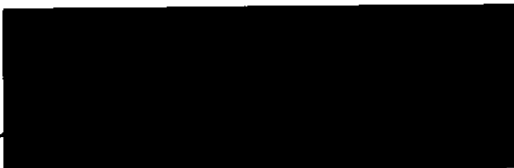
☒ maladie ☐ accident ☐ maternité ☐ prévention

X	Type d'intervention	Commentaire
<input checked="" type="checkbox"/>	Travaux d'économie familiale	Pour commissions + ménage 1x/semaine
<input type="checkbox"/>	Encadrement social et soutien	

Le mandat est valable à partir du 2.2.10

Pour 2 ☐ jours ☐ semaine ☒ mois

Date : 2.2.2010

Sceau 

N° de concordat :

Si vous êtes au bénéfice d'une assurance maladie complémentaire qui couvre l'économie familiale, veuillez vous informer auprès de votre caisse sur les modalités de remboursement.

A remplir par le Service d'aide et de soins à domicile pour le remboursement par la caisse-maladie

Début de l'intervention :

Sceau et signature du fournisseur de prestations :

Bulle, le :

N° de concordat : 

PRESCRIPTION DU MEDECIN POUR LES PRESTATIONS D'ECONOMIE FAMILIALE

A transmettre complété au :

A remplir par le médecin

Usager (Nom/prénom/adresse) :

.....

.....

.....

Date de naissance :

Téléphone :

Médecin (Nom/prénom/adresse) :

.....

.....

.....

Téléphone :

Motif d'intervention :

☒ maladie

☐ accident

☐ maternité

☐ prévention

X	Type d'intervention	Commentaire
<input checked="" type="checkbox"/>	Travaux d'économie familiale	
<input type="checkbox"/>	Encadrement social et soutien	

Le mandat est valable à partir du 01.07.2010 Pour 6 ☐ jours ☐ semaine ☒ mois

Date : 30.07.2010

Sceau et signature du médecin :

N° de concordat :

Si vous êtes au bénéfice d'une assurance maladie complétée par une assurance complémentaire familiale, veuillez vous informer auprès de votre caisse sur les modalités de remboursement.

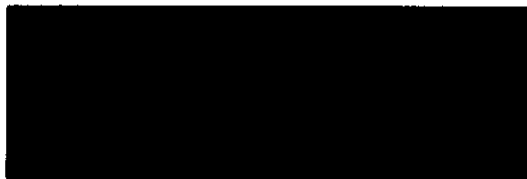
A remplir par le Service d'aide et de soins à domicile pour le remboursement par la caisse-maladie

Début de l'intervention :

Sceau et signature du fournisseur de prestations :

Bulle, le :

N° de concordat :



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

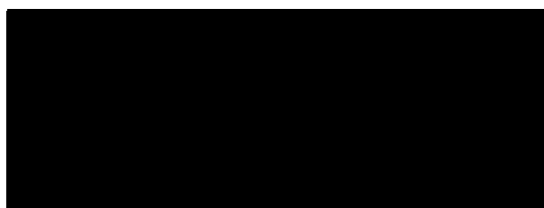
Evaluation des soins requis

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.

EVALUATION DES SOINS REQUIS

Fournisseur-s de prestations _____ No RCC _____

Nom / prénom **MONDEMO Patient** Date de naissance **22.01.1956**
 Rue / No **Rue de la clinique 6** Assureur-maladie **Une assurance**
 NPA / localité **1763 Granges-Paccot** Si prestations fournies au titre LAA
 Tél. **026 550 05 80** Assureur-accident _____
 Employeur _____

Médecin
 (nom/prénom/adresse) **MEDECIN Test, rte. d'Englisberg 13, 1763 Granges-Paccot**
 Allocation pour impotence ☐ légère ☐ moyenne ☐ grave
 Motif de l'intervention ☒ Maladie ☐ Accident ☐ Maternité ☐ Infirmité congénitale
☐ Première évaluation / mandat ☒ Renouvellement de l'évaluation / mandat

Mandat valable dès le **01.04.2010**
 Pour au maximum ☒ 3 mois ☐ 6 mois ☐ autre

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		30 min.	1 ^h 30
Examens / Traitements OPAS 7, al. 2b		15 min	45 min.
Soins de base (complexes)			
Soins de base (simples)			
Total heures		45 min	2 ^h 15
Total des visites toutes prestations OPAS 7 confondues	Nombre :	Nombre :	Nombre :
		1	3

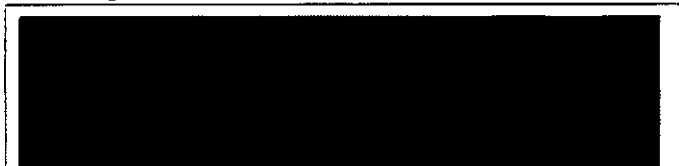
Genre de prestations dispensées / prestations de la / des
 organisation-s d'aide et de soins à domicile :

Remarques du médecin :

*Contrôle santé
 Instruction
 Conseil*) 1^{er} / mois.

Infirmier/ère référent/e: uneInfirmière
 Sceau/signature :

Médecin: MEDECIN Test
 Sceau/signature :



Date : 30.04.2010

Date : 04.06 No RCC

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

Fournisseur de soins

Numéro RCC

Fournisseur de soins

Numéro RCC

Fournisseur de soins

Numéro RCC

Informations administratives concernant le client

Médecin

Monsieur
Patient MONDEMO
Rue de la clinique 6
1763 Granges-Paccot

Docteur
Test MEDECIN
rte. d'Englisberg 13
1763 Granges-Paccot

Téléphone 026 550 05 80

Si prestations fournies au titre LAA:

Date de naissance 22.01.1956

Assureur-accident

Caisse maladie UneAssurance

Employeur

Alloc. pour impotent ☐ Moyenne ☐ Lourde

NPA et localité

Motif de l'intervention du service à domicile

☐ Première évaluation / mandat

☒ Maladie

☐ Autre motif

☒ Renouvellement de l'évaluation / mandat

☐ Maternité

Le mandat est valable à partir du 01.04.2009

☐ Accident

pour ☒ 3 mois ☐ 6 mois ☐ Autre

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		30 mn	1 ^h 30
Examens et soins OPAS 7, al. 2b		15 mn	1 ^h 15 mn
Soins de base (complexes)			
Soins de base (simples)			
Total intermédiaire		45 mn	2 ^h 15
Total des visites à domicile toutes prestations OPAS 7 confondues	Nombre	Nombre	Nombre
		1	3

Genre de prestations dispensées / prestations du
(des) service(s) d'aide et de soins à domicile

Contrôle santé
Instruction - Conseil) 1 f / mois

Remarques du médecin

Date, signature de l'infirmier/ère

Date, timbre et s

uméro RCC:

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

Fournisseur de soins

Numéro RCC

Fournisseur de soins

Numéro RCC

Fournisseur de soins

Numéro RCC

Informations administratives concernant le client

Médecin

Monsieur
Patient MONDEMO
Rue de la clinique 6
1763 Granges-Paccot

Docteur
Test Medecin
Rte. d'Englissberg 13
1763 Granges-Paccot

Téléphone 026 550 05 80

Si prestations fournies au titre LAA:

Date de naissance 22.01.1956

Assureur-accident

Caisse maladie UneAssurance

Employeur

Alloc. pour impotent ☐ Moyenne ☐ Lourde

NPA et localité

Motif de l'intervention du service à domicile

☒ Maladie ☐ Autre motif

☐ Première évaluation / mandat

☒ Renouvellement de l'évaluation / mandat

☐ Maternité

Le mandat est valable à partir du 01.01.2009

☐ Accident

pour ☒ 3 mois ☐ 6 mois ☐ Autre

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		30 mn	1 ^{re} 30
Examens et soins OPAS 7, al. 2b		15 mn	15 mn
Soins de base (complexes)			
Soins de base (simples)			
Total intermédiaire		45 mn	2 ^{re} 15
Total des visites à domicile toutes prestations OPAS 7 confondues	Nombre	Nombre 1	Nombre 3

Genre de prestations dispensées / prestations du
(des) service(s) d'aide et de soins à domicile

Instruction - Conseil) 1 / mois
Contrôle santé

Remarques du médecin

Date, signature de l'infirmier/ère référent(e)

Date, timbre et sign

Numéro RCC:

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

Fournisseur de soins

Numéro RCC

Fournisseur de soins

Numéro RCC

Fournisseur de soins

Numéro RCC

Informations administratives concernant le client

Médecin

Monsieur
Patient MONDEMO
Rue de la clinique 6
1763 Granges-Paccot

Docteur
Test MEDECIN
rte. d'Englisberg 13
1763 Granges-Paccot

Téléphone 026 550 05 80

Si prestations fournies au titre LAA:

Date de naissance 22.01.1956

Assureur-accident

Caisse maladie UneAssurance

Employeur

Alloc. pour impotent ☐ Moyenne ☐ Lourde

NPA et localité

Motif de l'intervention du service à domicile

☐ Première évaluation / mandat

☒ Maladie

☐ Autre motif

☒ Renouvellement de l'évaluation / mandat

☐ Maternité

Le mandat est valable à partir du

01.10.2009

☐ Accident

pour ☒ 3 mois

☐ 6 mois

☐ Autre

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		30 mn	1 ^{er} 30
Examens et soins OPAS 7, al. 2b		15 mn	45 mn
Soins de base (complexes)			
Soins de base (simples)			
Total intermédiaire		45 mn	2 nd 15
Total des visites à domicile toutes prestations OPAS 7 confondues	Nombre	Nombre 1	Nombre 3

Genre de prestations dispensées / prestations du
(des) service(s) d'aide et de soins à domicile

Contrôle santé) 1^{er} / mois
Instruction Conseil

Remarques du médecin

Date, signature de l'infirmier/ère référent(e)

Date,

Numé

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

Fournisseur de soins

Numéro RCC

Fournisseur de soins

Numéro RCC

Fournisseur de soins

Numéro RCC

Informations administratives concernant le client

Médecin

Monsieur
Patient MONDEMO
Rue de la clinique 6
1763 Granges-Paccot

Docteur
Test MEDECIN
Rte. d'Englisberg 13
1763 Granges-Paccot

Téléphone 026 550 05 80

Si prestations fournies au titre LAA:

Date de naissance 22.01.1956

Assureur-accident

Caisse maladie Une Assurance

Employeur

Alloc. pour impotent

NPA et localité

☐ Moyenne ☐ Lourde
Motif de l'intervention du service à domicile

☐ Première évaluation / mandat

☒ Maladie

☐ Autre motif

☒ Renouvellement de l'évaluation / mandat

☐ Maternité

Le mandat est valable à partir du 01.10.2008

☐ Accident

pour ☒ 3 mois ☐ 6 mois ☐ Autre

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

Examens et soins OPAS 7, al. 2b

Soins de base (complexes)

Soins de base (simples)

Total intermédiaire

Total des visites à domicile toutes prestations OPAS 7 confondues

Nombre

Nombre

Nombre

Genre de prestations dispensées / prestations du (des) service(s) d'aide et de soins à domicile

Remarques du médecin

Contrôle santé
Instruction Conseil) 1 / mois

Date, signature de l'infirmier/ère référent(e)

Date, timbre

Numéro RCC:

10.12.08

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: [redacted] N° concordat: [redacted]
Fournisseur de soins: [redacted] N° concordat: [redacted]
Fournisseur de soins: [redacted] N° concordat: [redacted]

Informations administratives concernant le client:

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

Nom du médecin: [redacted]
Assureur-maladie: [redacted]

Si prestations fournies au titre LAA:

Assureur-accident: [redacted]
Employeur: [redacted]
NPA et localité: [redacted]

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: [redacted]

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	[redacted]	45 mn	4 ^h 30
Examens et soins OPAS 7, al. 2b	[redacted]	15 mn	1 ^h 30
Soins de base (complexes)	[redacted]	[redacted]	[redacted]
Soins de base (simples)	[redacted]	[redacted]	[redacted]
Total intermédiaire	[redacted]	1 ^h	6 ^h
Total des visites à domicile toutes prestations OPAS 7 confondues	Nombre	Nombre	Nombre
	[redacted]	1	6

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

Contrôle santé) 1^{er} / mois
Instruction-Conseil) 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

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: [REDACTED]

N° concordat: [REDACTED]

Fournisseur de soins: [REDACTED]

N° concordat:

Fournisseur de soins:

N° concordat:

Informations administratives concernant le client:

Nom: [REDACTED]

Nom du médecin: [REDACTED]

Prénom: [REDACTED]

Assureur-maladie: [REDACTED]

Adresse: [REDACTED]

NPA et localité: [REDACTED]

Si prestations fournies au titre LAA:

Tél. privé: [REDACTED]

Assureur-accident:

Date de naissance: [REDACTED]

Employeur:

Alloc. pour impotent: ☐ moyenne ☐ lourde

NPA et localité:

Motif de l'intervention du service à domicile:

☒ Maladie

☐ Autre motif:

☐ première évaluation / mandat

☐ Maternité

☒ renouvellement de l'évaluation / mandat

☐ Accident

Le mandat est valable à partir du 1^{er} janvier 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	45 mn	2 ^h 15
Examens et soins OPAS 7, al. 2b	15 mn	45 mn
Soins de base (complexes)
Soins de base (simples)
Total intermédiaire	1 ^h	3 ^h
Total des visites à domicile toutes prestations OPAS 7 confondues	Nombre	Nombre	Nombre
	1	3

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

Contrôle santé
Instruction - conseil) 1^h / mois

Remarques du médecin :

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

Date, timbre et signature du médecin

29.01.08

24 janvier 2008

Concordat : N° [REDACTED]