

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

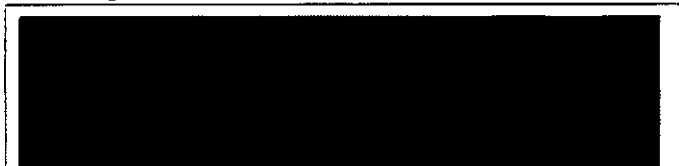
Genre de prestations dispensées / prestations de la / des
 organisation-s d'aide et de soins à domicile :

Remarques du médecin :

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

Infirmier/ère référent/e: une Infirmière
 Sceau/signature :

Médecin: MEDECIN Test
 Sceau/signature :



Date : 30.04.2010

Date : 04.06 No RCC