

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:

Nom du médecin:

Prénom:

Assureur-maladie:

Adresse:

NPA et localité:

Si prestations fournies au titre LAA:

Tél. privé:

Assureur-accident:

Date de naissance:

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 1^{er} janvier 2008

☐ Accident

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	15 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^{er} / 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°.