

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
Instruction-conseil) 1^{er} / 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