

# Prescription médicale pour soins à domicile (art. 7 OPAS)

**Patient**

**Destinataire**

Nom: \_\_\_\_\_  
 Prénom: \_\_\_\_\_  
 Rue: \_\_\_\_\_  
 NP / Lieu: \_\_\_\_\_  
 Sexe: \_\_\_\_\_ Date nais. \_\_\_\_\_  
 N° AVS: \_\_\_\_\_  
 Tél: \_\_\_\_\_

<b>Assureur</b>	_____	<b>Loi:</b>	_____
	_____	<b>N° d'assurance:</b>	_____
	_____	<b>N° cas/date cas:</b>	_____

<b>Données adm.</b>	Allocation pour impotent: _____	Séjour dans home de jour: <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
	Motif de traitement: _____	Ordonnance: _____
	Validité pour: _____	
	Validité du: _____	

**Besoins nets en soins en min.** (Données selon feuille de prestations page 2)

	Prestations OPAS			Total/min	Prestations LiMA
	a	b	c		
	_____	_____	_____	_____	
Adaptations rel. à la saisie double du temps en cas de prestations simultanément fournies	_____	_____	_____	_____	
<b>Total</b>	_____	_____	_____	_____	CHF

**Motif des besoins en soins/tableau clinique** (à remplir par le médecin)

<b>Médecin</b>	_____	<b>Aide et soins à domicile</b>	_____
	GLN: _____ RCC: _____		GLN: _____ RCC: _____
	Mail: _____		Mail: _____
<b>Date</b> _____	Signature _____ <small>superflu pour envoi électronique</small>	<b>Date</b> _____	Signature _____ <small>superflu pour envoi électronique</small>

<b>Transmission électronique</b>	_____
----------------------------------	-------

