

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

Patient

Destinataire

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

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

Données adm.	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	_____	_____	_____	_____	
Total	_____	_____	_____	_____	CHF

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

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

Transmission électronique

Feuille de planification des prestations

Prestations selon définitions art.7 al. 2 OPAS

Code: description des prestations/remarks	Nbre	Un	Temp	Total

Nbre = nombre

Un = unité: •t2, t3...t7 =sur 2, 3...7 jours par semaine • h=hebdomadaire • m=menseul • u=unique

Temp = Temps

Prestations selon catalogue LiMA

Code	Description des prestations/remarks	Nbre	~Prix/CHF	Total/CHF