|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Numéro d’assuré:  Personne assurée :  Date de naissance : |

Rapport médical

Rapport médical pour le traitement du droit des personnes assurées âgées de moins de 20 ans à

des mesures médicales  une formation professionnelle initiale

des moyens auxiliaires

Questions complémentaires

|  |
| --- |
|  |

Prière de répondre également aux questions complémentaires sur la feuille annexée

1. Diagnostics

* 1.1

Diagnostics posés pour la 1ère fois le

En cas de maladies psychiques, prière de donner le code CIM 10 ou DSM-AI

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

* 1.2

L’état de santé a-t-il une influence sur la fréquentation de l’école ou la formation professionnelle?

oui  non

Si oui, dans quelle mesure? Depuis quand?

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

* 1.3

Y a-t-il une ou plusieurs infirmités congénitales selon l’OIC?

oui  non

Si oui, chiffre(s)

|  |
| --- |
|  |

* 1.4

L’état de santé de la personne assurée est

inchangé, identique  s’améliore  s’aggrave

* 1.5

Des mesures médicales sont-elles susceptibles d'améliorer de façon importante la possibilité d'une réadaptation à la vie active dans le futur?

oui  non

* 1.6

La personne assurée a-t-elle besoin d’un traitement/d’une thérapie?

oui  non

Si oui, lesquel(le)s?

|  |
| --- |
|  |

* 1.7

La personne assurée a-t-elle besoin d’un appareil de traitement ou d’un moyen auxiliaire?

oui  non

Si oui, lesquels?

|  |
| --- |
|  |

* 1.8

Y a-t-il un besoin d’aide supplémentaire ou de surveillance personnelle comparativement à une personne du même âge en bonne santé?

oui  non

Si oui, depuis quand?

|  |
| --- |
|  |

2. Données médicales

* 2.1

Traitement du au

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

* 2.2

Dernier examen du

|  |
| --- |
|  |

* 2.3

Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour, symptômes actuels)

|  |
| --- |
|  |

* 2.4

Constat médical

|  |
| --- |
|  |

* 2.5

Pronostic

|  |
| --- |
|  |

* 2.6

Consultations spécialisées

|  |
| --- |
|  |

* 2.7

Plan de traitement (Début/durée)

|  |
| --- |
|  |

* 2.8

Avez-vous prescrit des mesures thérapeutiques à domicile?

oui  non

Si oui, lesquelles, à quelle fréquence et pour quelle durée, par qui?

|  |
| --- |
|  |

3. Signature

Prénom, nom, date et signature du médecin

|  |
| --- |
|  |

Adresse exacte (cabinet/service)

|  |
| --- |
|  |

4. Annexes

Nous vous prions de joindre à l’attention de notre service médical des copies des rapports des hôpitaux ou des spécialistes en votre possession ou de nous les indiquer afin que nous puissions nous-mêmes les demander. Les rapports originaux seront retournés après que nous en ayons pris connaissance.

|  |
| --- |
|  |

* 4.1

Avez-vous besoin d’une feuille supplémentaire pour des compléments ?

oui

|  |  |
| --- | --- |
| Assurance-invalidité fédérale AIAnnexe au rapport médical |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | No d’assuré |

Prière de prendre garde aux observations

figurant au verso de la facture ci-jointe Date d’expédition

|  |  |
| --- | --- |
| **Assuré (e)**: Nom, prénom, adresse exacte, NPA, domicile  (le cas échéant, représentant légal)  né(e) le | Nom et adresse du médecin |
| Questions : | Office AI pour le canton de Vaud  Av. Général-Guisan 8  1800 Vevey |

**Annexe au rapport médical**

1. Etat de santé actuel de l'assuré
2. Quelles sont les limitations fonctionnelles liées à l'état de santé ?

Physiques, lesquelles

Psychiques, lesquelles

Mentales, lesquelles

Autres, lesquelles

1. L'assuré a-t-il besoin d'un conseil en orientation spécialisé pour l'aider à choisir / trouver un métier adapté à son état de santé? Si oui, pourquoi ?

Le choix professionnel est-il rendu difficile par l'atteinte à la santé, compte tenu des limitations à prendre en compte ? Si oui, pourquoi ?

L'accès à certaines professions est-il restreint par l'atteinte à la santé? Si oui, pourquoi ?

1. L'assuré nécessite-t-il un encadrement individualisé / spécialisé pour mener à bien une formation professionnelle ? Expliciter les raisons

Date Cachet et signature du médecin

R / Ce questionnaire est à facturer conformément à la position 00.2205

|  |  |
| --- | --- |
| Assurance-invalidité fédérale AI **Facture Tarmed (non valable pour la facturation électronique)** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numéro de l’office AI 322 | | | | Date de la facture | | | | Numéro de facture | | | | N° d’assuré (N° AVS) | | | | | | | | | N° décision | | |
| Assuré(e) : nom, prénoms, adresse exacte, NPA, localité | | | | | | | | | | | | Office AI : nom, adresse exacte, NPA, localité Office de l’assurance - invalidité pour le canton de Vaud  Avenue Générale Guisan 8  1800 Vevey | | | | | | | | | | | |
| Créancier(ère) : nom, prénom, adresse exacte, NPA, localité | | | | | | | | | | | | Tiers encaissant : nom, prénom, adresse exacte, NPA, localité | | | | | | | | | | | |
| NIF Créancier(ère) | | | | | | EAN Créancier(ère) | | | | | | Compte postal du tiers | | | | | | | | | | | |
| Compte postal | | | | | | | | | | | | Compte bancaire / IBAN | | | | | | | | | | | |
| Prestations selon tarif | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Date** | Date de la prestation | | | | | **Tarif** | Code tarifaire | | | | | **ChTar** | | Chiffre tarifaire | | | | | | **ChRef** | | Chiffre référence | |
| **Se** | Séance | | | | | **Co** | Côté concerné | | | | | **Qté** | | Quantité | | | | | | **PtM** | | Points médicaux / Prix | |
| **VPtM** | Valeur de point médical | | | | | **PtT** | Points techniques | | | | | **VPtT** | | Valeur de point technique | | | | | | **Montant** | | Montant de la prestation | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Date** | | | **Tarif** | | **ChTar** | | **ChRef** | | **Se** | **Qté** | | | **PtM** | | **VPtM** | | | **PtT** | | | **VPtT** | **Montant** | | |
|  | | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | | |  | | |  |  | | |
|  | | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | | |  | | |  |  | | |
|  | | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | | |  | | |  |  | | |
|  | | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | | |  | | |  |  | | |
|  | | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | | |  | | |  |  | | |
|  | | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | | |  | | |  |  | | |
|  | | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | | |  | | |  |  | | |
|  | | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | | |  | | |  |  | | |
|  | | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | | |  | | |  |  | | |
|  | | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | | |  | | |  |  | | |
|  | | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | | |  | | |  |  | | |
|  | | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | | |  | | |  |  | | |
|  | | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | | |  | | |  |  | | |
|  | | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | | |  | | |  |  | | |
| Médicaments | | | | | | | | | | | |  | | | | Total Prestations ou report : | | | | | | |  |
| Date | | Qté | | Nature | | | | | Fr. | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | |  | | |  | Total Prestations : | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | |  | | | | |  | | | Total Médicaments : | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | |  | | | | |  | | | Montant total : | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | |  | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | |
|  | |  | |  | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | |
| Total Médicaments : | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Visa de l’Office AI (date, signature, tampon) : Office AI - Vaud | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | Diagnostic : | | | | |  | | | | | | |
| Observations : | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |

R /

Les rapports sont remboursés selon le tarif médical **TarMed**. La facture doit être présentée sur le formulaire officiel selon l’accord entre les assureurs CTMAA/AM/AI et la FMH. Pour la facturation à la main les formulaires peuvent être chargés sous le site internet www.zmt.ch. Les formulaires doivent être remplis de manière complète. Les rapports peuvent être facturés selon le tableau suivant.

**Le TarMed et son règlement actuel doivent être pris en considération.**

Pour les factures des prestations médico-dentaires et d’orthopédie de la mâchoire, le formulaire « facture du dentiste, form. 318.631 f et le tarif SSO restent toujours valables.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No Form. | Contenu | Chiffre du tarif |
| 002.001 | Rapport médical pour apprécier le droit aux prestations chez les adultes | 00.223000.2240 |
| 002.002 | Rapport médical pour apprécier le droit à des moyens auxiliaires | 00.223000.2240 |
| 002.003 | Rapport médical pour apprécier le droit aux prestations chez les personnes âgées de moins de 20 ans | 00.223000.2240 |
| 5424 / 5426 / 5428 / 5434 / 5436 /5438 f 11.00 | Questionnaire supplémentaire formatisé | 00.2205 |
| 5422/ 5430/ 5432 / 5434 / 5436 /5438 f 11.00 | Questionnaire supplémentaire formatisé | 00.2205 |
| 5412 f 11.00 | Indications concernant l'incapacité de gain durant la période de convalescence | 00.2255 |
| 5420 f 11.00 | Feuille annexe à la demande de prestations pour les personnes impotentes de l’AVS ou de l’AI | 00.2205 |
| 5450 f 11.00 | Examen médico-dentaire | 4041[[1]](#footnote-1) |
| E 213 | Grand rapport médical UE | 00.223000.2240 |
| E 213 | questionnaire supplémentaire formatisé (par feuille) | 00.2205 |

Les consultations et les examens qui ont été indispensables pour établir le rapport demandé peuvent être facturés selon le tarif.

## *Cette feuille reste chez le médecin. Vous êtes prié de ne pas l'envoyer avec la facture!*

1. Tarif médico-dentaire SSO [↑](#footnote-ref-1)