
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 1^{ère} 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, lequel(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

Annexe au rapport médical



N° 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

- Etat de santé actuel de l'assuré
- Quelles sont les limitations fonctionnelles liées à l'état de santé ?
 - Physiques, lesquelles
 - Psychiques, lesquelles
 - Mentales, lesquelles
 - Autres, lesquelles
- 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 ?
- 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

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

Date	Qté	Nature	Fr.
Total Médicaments :			

Total Prestations ou report :

Total Prestations :

Total Médicaments :

Montant total :

Visa de l'Office AI (date, signature, tampon) :
Office AI - Vaud

Diagnostic : _____

Observations : _____

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	00.2230 00.2240
002.002	Rapport médical pour apprécier le droit à des moyens auxiliaires	00.2230 00.2240
002.003	Rapport médical pour apprécier le droit aux prestations chez les personnes âgées de moins de 20 ans	00.2230 00.2240
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
E 213	Grand rapport médical UE	00.2230 00.2240
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