

CP 1055, 1951 Sion

Votre personne de contact:

No tél. direct:

V/réf:

Sion, le 27 avril 2020

Rapport médical: Moyen auxiliaire

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personne assurée (prénom, nom)**  , | **Date de naissance** | **Numéro AVS** |

,

Votre patient/e a déposé une demande AI. En vue d’un examen rapide, l’office AI a besoin de votre soutien compétent.

Nous vous prions dès lors de répondre au rapport médical en annexe autant qu’il vous est possible en fonction de votre spécialité et du dossier de votre patient/e.

Vous trouvez de plus amples informations sur la collaboration avec les offices AI sur le site [www.ai-pro-medico.ch](http://www.ai-pro-medico.ch).

Nous vous prions de compléter le rapport médical électroniquement ou à la main et de nous le retourner aussi vite que possible. Pour cette tâche, vous pouvez comme jusqu’à maintenant, faire votre décompte selon Tarmed.

Vous pouvez également télécharger le rapport médical sur notre site web ([www.aivs.ch](http://www.aivs.ch), rubrique guichet en ligne, formulaires médecins, document intitulé MED004).

En vous remerciant d’avance de votre coopération, nous vous prions d’agréer, , nos salutations les meilleures.

**OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personne assurée (prénom, nom)**  , | **Date de naissance** | **Numéro AVS** |

**Médecin** :

Rapport médical

Examen du droit d’une personne assurée adulte à des moyens auxiliaires

|  |
| --- |
| xx-Type de moyen auxiliaire-xx |

Questions complémentaires

|  |
| --- |
|  |

Prière de répondre aussi aux questions complémentaires sur la feuille annexe

1. Diagnostics

Existant depuis quand?

|  |
| --- |
|  |

2. Données médicales

2.1

Dernier examen du

|  |
| --- |
|  |

2.2

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

|  |
| --- |
|  |

2.3

Constat médical

|  |
| --- |
|  |

2.4

Pronostic

|  |
| --- |
|  |

2.5

Pour quelle période ce moyen auxiliaire sera-t-il nécessaire?

|  |
| --- |
|  |

2.6

Le moyen auxiliaire est-il nécessaire en raison d'un accident?

oui  non

Celui-ci a-t-il été causé par un tiers?

oui  non

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.

|  |
| --- |
|  |