

V/correspondant :  
Téléphone : (9h00-11h00 / 14h00-16h00)  
Courriel :  
V/réf. :  
**N/réf. :**  
**A rappeler dans votre correspondance**

Genève, le

---

Personne assurée (prénom, nom, adresse)

Date de naissance

Numéro d'assuré

---

## **AI-instruction moyen auxiliaire – Chaussures orthopédiques**

Bonjour,

Votre patiente, votre patient est limité/e pour des raisons de santé qui ont conduit au dépôt d'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. Si malgré tout quelques points devaient demeurer ouverts, nous le comprendrions très bien.

Vous pouvez également télécharger le rapport médical sur notre site web. Nous vous prions de répondre aussi aux éventuelles questions complémentaires sur la feuille en annexe.

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

Avec nos remerciements et nos salutations les meilleures.



**Destinataire :**

## Rapport médical

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

---

Personne assurée (prénom, nom)

Date de naissance

Numéro d'assuré

,

### 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

## > 2.7

Questions complémentaires :

1. Description des anomalies des pieds (et / ou des jambes) ainsi que de la cause des difficultés dans le port de chaussures normales ?
2. Le port de chaussures normales munies de supports plantaires amovibles est-il suffisant ? Si non pourquoi ?
3. Le port de chaussures normales de tailles différentes peut-il suffire à résoudre le problème ?
4. Le port de chaussures normales munies de modifications orthopédiques est-il suffisant ? Si oui, quel genre de modifications ? Si non, pourquoi ?
5. Le port de chaussures orthopédiques de série, éventuellement avec des modifications, est-il nécessaire ? Si non, pourquoi ?
6. Le port de chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure est-il nécessaire ? Si oui, pourquoi ?

### 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.**

---

# Facture Tarmed

Date de la facture

**Assuré**

Nom, Prénom

Numéro d'assuré (756.xxxx.xxxx.xx)

Adresse

Numéro postal, lieu

**Émetteur de la facture**

Nom, Prénom (si non assuré)

E-Mail, Numéro de téléphone (en cas de demandes de précisions)

Adresse

Sur mandat de

**Décompte**

NIF (est attribué après la première facturation)

Numéro de la communication / décision

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx xx x)

Nom, Prénom du Titulaire de Compte (si non émetteur de la facture)

Adresse du Titulaire de Compte

Numéro postal, lieu du Titulaire de Compte

Date de la prestation	Code tarifaire	Chiffre tarifaire	Séance	Quantité	Montant en CHF

Les expertises neuropsychologiques peuvent être facturées selon le tarif pour les prestations neuropsychologiques.

**Total en CHF** \_\_\_\_\_

Remarques/Compléments

---



---



---



---

Veuillez envoyer ce formulaire à l'office AI compétent.

Visa de l'office AI: