|  |  |
| --- | --- |
| Assurance-invalidité fédérale AI**Rapport médical intermédiaire** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | No d‘assuré |

Prière de prendre garde aux observations

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Assuré (e)**: Nom, prénoms, adresse exacte, NPA, domicile(le cas échéant, représentant légal)       né(e) le  | Nom et adresse du médecin       |
| **Même si vous utilisez un autre modèle, nous vous remercions de bien vouloir nous retourner, dans tous les cas, la première page du présent document.****Vous nous permettez ainsi de gagner du temps en réceptionnant électroniquement votre rapport.** |  Office de l'assurance-invalidité du canton du Jura Case postale 2350 Saignelégier Personne de référence :  No de téléphone direct :  |

**Rapport médical intermédiaire pour l’actualisation de la**

Questions complémentaires

|  |
| --- |
|  |

[ ]  Prière de répondre également aux questions complémentaires sur la feuille en annexe

**1. Rapport**

**> 1.1**

**Cause de l’incapacité de travail**

maladie [ ]  accident [ ]  maternité [ ]  non déterminé[ ]

Diagnostics avec effet sur la capacité de travail

En cas de maladies psychiques, prière de donner le code CIM ou DSMAI Existant depuis quand?

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

Diagnostics sans effet sur la capacité de travail Existant depuis quand?

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

**> 1.2**

Traitement ambulatoire par vous-même

du au

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

Date du dernier contrôle

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |

Avant vous, par le depuis

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

Après vous, par le depuis

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

**> 1.3**

Traitement hospitalier/cure

Où?

|  |
| --- |
|  |

Date d’entrée Date de sortie

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

**> 1.4**

L’état de santé [ ]  est-il resté stationnaire ? [ ]  s’est aggravé ? [ ]  amélioré ?

A partir de quand ?

|  |
| --- |
|  |
|  |

Y a-t-il des changements dans les diagnostics ? [ ]  oui [ ]  non

|  |
| --- |
|  |
|  |

Dans l’affirmative, veuillez préciser lesquels

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

Depuis quand et dans quelle mesure ?

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

Evolution/modification du status ?

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

**> 1.5**

Nature et importance du traitement actuel

|  |
| --- |
|  |
|  |

Médication actuelle (y compris le dosage)?

[ ] aucune

Laquelle?

|  |
| --- |
|  |

**> 1.6**

Incapacité de travail actuelle médicalement attestée

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **%** | **du** | **au** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**> 1.7**

Questions sur l’activité exercée à ce jour

Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes?

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

Comment se manifestent-elles au travail?

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

**> 1.8**

Questions concernant des mesures de réadaptation professionnelle possibles

Les restrictions énumérées, peuvent-elles être réduites par des mesures médicales?

[ ]  oui [ ]  non

Si oui, lesquelles?

|  |
| --- |
|  |

Quel effet ont ces mesures sur la capacité de travail?

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

**> 1.9**

Peut-on s'attendre à une reprise de l’activité professionnelle resp. à une amélioration de la capacité de travail?

[ ]  oui [ ]  non

Si oui, à partir de quelle date et à quel degré?

% à partir du

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

**> 1.10**

L’assuré(e) a-t-il(elle) besoin de l’aide d’une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie ?

[ ]  oui [ ]  non

Si oui, depuis quand ?

|  |
| --- |
|  |

**> 1.11**

Informations supplémentaires, remarques et propositions

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

**2. Signature**

Prénom, nom, adresse exacte (cabinet/service), date et signature du médecin (la signature sous forme électronique suffit)

|  |
| --- |
|  |
|  |

**3. 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.**

Numéro d’ass. :

Personne assurée :

**Quels sont les travaux qui peuvent encore être exigés de la personne assurée, compte tenu des limitations dues à l’état de santé, dans le cadre d’une activité adaptée à son handicap?**

Veuillez séparer en activités/durée/performance (rendement).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **oui** | **non** | **A raison de quelle durée est-ce exigible ?** |  | **Avec quelle performance ?** |
|  |  |  | **temps complet****oui/non** | au cas où ce n’est pas exigible toute la journée, donner le nombre d’heures exigibles par jour | **données en %** |

activités uniquement en position assise [ ]  [ ]

activités uniquement en position debout [ ]  [ ]

activités dans différentes positions [ ]  [ ]

activités exercées principalement en

marchant (terrain irrégulier?) [ ]  [ ]

se pencher [ ]  [ ]

travailler avec les bras au-dessus de la

tête [ ]  [ ]

accroupi [ ]  [ ]

à genoux [ ]  [ ]

rotation en position assise/en position [ ]  [ ]

debout [ ]  [ ]

soulever/porter (près/loin du corps?) [ ]  [ ]

monter sur une échelle/un échafaudage [ ]  [ ]

monter les escaliers [ ]  [ ]

autres? ……………………

soulever/porter (près/loin du corps) [ ]  [ ]  Limite de poids ………………………………

capacité de concentration [ ]  non limitée [ ]  limitée; genre:

cap. de compréhension [ ]  non limitée [ ]  limitée; genre:

capacité d’adaptation [ ]  non limitée [ ]  limitée; genre:

résistance [ ]  non limitée [ ]  limitée; genre:

Depuis quand ces indications sont elles valables?

Y a-t-il des points particuliers à respecter (par ex. une augmentation progressive de la capacité de travail, une place de travail calme)?

Y a-t-il besoin d’utiliser des moyens auxiliaires? [ ]  oui [ ]  non

Si oui, lesquels?

**4. Signature**

Date, timbre et signature du médecin

|  |  |
| --- | --- |
| Assurance-invalidité fédérale AI**Note pour le rapport médical** |  |

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](http://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 |
| 5400 f 11.00 | 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 |
| 5402 f 11.00 | Rapport médical pour apprécier le droit aux prestations chez les adultes | 00.223000.2240 |
| 5422/ 5430/ 5432 / 5434 / 5436 /5438 f 11.00 | Questionnaire supplémentaire formatisé | 00.2205 |
| 5404 f 11.00 | Rapport médical intermédiaire pour les personnes âgées de moins de 20 ans | 00.2205 |
| 5406 f 11.00 | Rapport ophtalmologique intermédiaire | 00.2205 |
| 5408 f 11.00 | Rapport médical intermédiaire pour actualisation du dossier chez les adultes | 00.2205 |
| 5410 f 11.00 | Rapport médical intermédiaire pour révision des prestations chez adultes | 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 médicale 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)