

Mandat pour :

Formulaire à remplir par l'Office AI

☐ Monsieur ☐ Madame

Nom

Prénom

Adresse

Date de naissance

Téléphone

Mobile

e-mail

Employeur

Profession actuelle

Caisse maladie (base)

Numéro NSS

Ophtalmologue

Difficultés:

Demande principale?

Autre / remarques

Annexes :

☐ Données visuelles

☐ Autre

Codes tarifaires:

☐ 905.012.1 Assessment 296

☐ 905.030.5 Analyse et adaptation du poste de travail

☐ 905.071.1 Assessment 567

☐ 905.071.5 Coaching adaptation du poste de travail

Formulaire rempli par:

Date :

A enregistrer et à envoyer en document joint à centrevue@evs-hin.ch