

**ANNEXE III PLAN DE PRISE EN CHARGE EN ETABLISSEMET D'AIDES ET DE SOINS**

Vu la demande introduite à la date du ...  
par ...  
Matricule ...

L'équipe multidisciplinaire de la cellule d'évaluation et d'orientation en date du ... composée de

|                  |  |        |
|------------------|--|--------|
| Nom du référent: |  |        |
| membre           |  | membre |
| membre           |  | membre |

a requis pour le bénéficiaire susvisé les prestations suivantes, dont la durée est exprimée en minutes par semaine:

| PRESTATIONS EN NATURE                  | Temps requis/pondéré |
|--|----------------------|
| <i>ACTES ESSENTIELS DE LA VIE</i>      |                      |
| HYGIENE.....                           | XXX                  |
| NUTRITION.....                         | XXX                  |
| MOBILITE.....                          | XXX                  |
| <i>TACHES DOMESTIQUES.....</i>         | XXX                  |
| <i>SOUTIEN.....</i>                    | XXX                  |
| <b>TEMPS TOTAL REQUIS PONDERE.....</b> | <b>XXX</b>           |

**Autres prestations :**

|  |   |          |
|--|---|----------|
|  | Forfait pour produits nécessaires aux aides et soins (XXX francs /mois) |          |
|  | Appareils suivant expertise et dossier N° ... du ...                    |          |
|  | Code appareil:  | Libellé: |
|  |   |          |

Le droit aux prestations en vertu du présent plan de prise en charge est ouvert à partir du ...