Rapport mensuel ***Prestations prises en charge de la caisse*** ***Prestations non prises en charge par la caisse***

permed

Nom/Prénom Client/Cliente

Nom/Prénom Collaborateur/trice:

A remplir par le/la collaborateur/trice: **A remplir par le/la collaborateur/trice:**

Juillet		**Soins de base**		**Soins de traitement**		**TOTAL**	**Ménage**		**Suivi**	**Garde de nuit**	**TOTAL**	**Total global**	**Garde durant le sommeil**	**Forfait par cas**	**Participation du patient**
		Jour	Nuit	Jour	Nuit	**h/min**	Jour	Nuit	Jour	Nuit	**h/min**				remplir Permed
		06.00-23.00	23.00-06.00	06.00-23.00	23.00-06.00	(1+2+3+4)	06.00-23.00	23.00-06.00	06.00-23.00	23.00-06.00	(5+6+7+8)				
		1	**2**	**3**	**4**	**A**	**5**	**6**	**7**	**8**	**B**	**A+B**	**C**	**D**	**E**
Di.	01.07.														
Lu.	02.07.														
Ma.	03.07.														
Me.	04.07.														
Je.	05.07.														
Ve.	06.07.														
Sa.	07.07.														
Di.	08.07.														
Lu.	09.07.														
Ma.	10.07.														
Me.	11.07.														
Je.	12.07.														
Ve.	13.07.														
Sa.	14.07.														
Di.	15.07.														
Lu.	16.07.														
Ma.	17.07.														
Me.	18.07.														
Je.	19.07.														
Ve.	20.07.														
Sa.	21.07.														
Di.	22.07.														
Lu.	23.07.														
Ma.	24.07.														
Me.	25.07.														
Je.	26.07.														
Ve.	27.07.														
Sa.	28.07.														
Di.	29.07.														
Lu.	30.07.														
Ma.	31.07.														

A remplir par Permed **A remplir par Permed**

h totales													
	1	**2**	**3**	**4**	**A**	**5**	**6**	**7**	**8**	**B**	**A+B**	**C**	**D**	**E**
Supplément dim./jours fériés (Collaborateur/trice)				**(A+B+C)**		**Sonn-/Feiertag Zulage (Kunde/in)**				**(B)**		**(C)**		**Total**	
Supplément de nuit (Collaborateur/trice)				**(2+4+6+8)**		**Nachtzulage (Kunde/in)**				**(6+8)**				**Total**	

					Nombre	**Tarif**	
Rapport contrôlé par:	**Rapport mensuel complet**	**Date**		**Indemnité kilométrique**		x **0.65**	**Montant**
	Signature Collaborateur/trice	**Signature Client/Cliente**		**Frais divers**			**Montant**