

# Rapport mensuel *Prestations prises en charge de la caisse*

# *Prestations non prises en charge par la caisse*



Nom/Prénom Client/Cliente

Nom/Prénom Collaborateur/trice:

A remplir par le/la collaborateur/trice:

Août	Soins de base		Soins de traitement		TOTAL h/min (1+2+3+4)
	Jour 06.00-23.00	Nuit 23.00-06.00	Jour 06.00-23.00	Nuit 23.00-06.00	
	1	2	3	4	A
Me. 01.08.					
Je. 02.08.					
Ve. 03.08.					
Sa. 04.08.					
Di. 05.08.					
Lu. 06.08.					
Ma. 07.08.					
Me. 08.08.					
Je. 09.08.					
Ve. 10.08.					
Sa. 11.08.					
Di. 12.08.					
Lu. 13.08.					
Ma. 14.08.					
Me. 15.08.					
Je. 16.08.					
Ve. 17.08.					
Sa. 18.08.					
Di. 19.08.					
Lu. 20.08.					
Ma. 21.08.					
Me. 22.08.					
Je. 23.08.					
Ve. 24.08.					
Sa. 25.08.					
Di. 26.08.					
Lu. 27.08.					
Ma. 28.08.					
Me. 29.08.					
Je. 30.08.					
Ve. 31.08.					

A remplir par le/la collaborateur/trice:

Ménage	Suivi		Garde de nuit		TOTAL h/min (5+6+7+8)
	Jour 06.00-23.00	Nuit 23.00-06.00	Jour 06.00-23.00	Nuit 23.00-06.00	
5	6	7	8	B	

Total global A+B	Garde durant le sommeil C	Forfait par cas D	Participation du patient E <small>remplir Permed</small>

A remplir par Permed

h totales	1	2	3	4	A
Supplément dim./jours fériés (Collaborateur/trice)				(A+B+C)	
Supplément de nuit (Collaborateur/trice)				(2+4+6+8)	

A remplir par Permed

5	6	7	8	B	A+B	C	D	E
Sonn-/Feiertag Zulage (Kunde/in)			(B)		(C)		Total	
Nachtzulage (Kunde/in)			(6+8)				Total	

Rapport contrôlé par:

Rapport mensuel complet

Signature  
Collaborateur/trice

Date

Signature  
Client/Cliente

Indemnité kilométrique

Frais divers

Nombre

Tarif

x

0.65

Montant

Montant