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:**

Septembre	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
Sa. 01.09.														
Di. 02.09.														
Lu. 03.09.														
Ma. 04.09.														
Me. 05.09.														
Je. 06.09.														
Ve. 07.09.														
Sa. 08.09.														
Di. 09.09.														
Lu. 10.09.														
Ma. 11.09.														
Me. 12.09.														
Je. 13.09.														
Ve. 14.09.														
Sa. 15.09.														
Di. 16.09.														
Lu. 17.09.														
Ma. 18.09.														
Me. 19.09.														
Je. 20.09.														
Ve. 21.09.														
Sa. 22.09.														
Di. 23.09.														
Lu. 24.09.														
Ma. 25.09.														
Me. 26.09.														
Je. 27.09.														
Ve. 28.09.														
Sa. 29.09.														
Di. 30.09.														

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**	
		Date		**Frais divers**				**Montant**	
	Signature Collaborateur/trice	**Signature Client/Cliente**							