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:**

Octobre	**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**
Lu. 01.10.														
Ma. 02.10.														
Me. 03.10.														
Je. 04.10.														
Ve. 05.10.														
Sa. 06.10.														
Di. 07.10.														
Lu. 08.10.														
Ma. 09.10.														
Me. 10.10.														
Je. 11.10.														
Ve. 12.10.														
Sa. 13.10.														
Di. 14.10.														
Lu. 15.10.														
Ma. 16.10.														
Me. 17.10.														
Je. 18.10.														
Ve. 19.10.														
Sa. 20.10.														
Di. 21.10.														
Lu. 22.10.														
Ma. 23.10.														
Me. 24.10.														
Je. 25.10.														
Ve. 26.10.														
Sa. 27.10.														
Di. 28.10.														
Lu. 29.10.														
Ma. 30.10.														
Me. 31.10.														

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**