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:**

Novembre	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
Je. 01.11.														
Ve. 02.11.														
Sa. 03.11.														
Di. 04.11.														
Lu. 05.11.														
Ma. 06.11.														
Me. 07.11.														
Je. 08.11.														
Ve. 09.11.														
Sa. 10.11.														
Di. 11.11.														
Lu. 12.11.														
Ma. 13.11.														
Me. 14.11.														
Je. 15.11.														
Ve. 16.11.														
Sa. 17.11.														
Di. 18.11.														
Lu. 19.11.														
Ma. 20.11.														
Me. 21.11.														
Je. 22.11.														
Ve. 23.11.														
Sa. 24.11.														
Di. 25.11.														
Lu. 26.11.														
Ma. 27.11.														
Me. 28.11.														
Je. 29.11.														
Ve. 30.11.														

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						