



**ATTESTATION DES PRESTATIONS DE CAISSE-MALADIE AINSI QUE DES ASSURANCES PRIVÉES  
EN CAS DE SÉJOUR DURABLE EN HOME RESP. À L'HÔPITAL**

<b>Nom / Prénom:</b> _____	<b>Caisse-maladie / Assurance privée:</b> _____
<b>No d'assuré:</b> _____	<b>No de membre:</b> _____

**MANDAT et PROCURATION**

Le soussigné (ou la soussignée) charge et autorise toutes les personnes et offices entrant en considération, en particulier les assurances citées ci-dessus à répondre aux questions de façon complète et véridique afin de pouvoir traiter la demande de prestations complémentaires qui a été déposée auprès de la caisse de compensation du canton de Berne.

Lieu et date:

**Signature** du requérant ou  
de son représentant (parent / curateur / tuteur)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**A remplir par la caisse-maladie resp. par l'assurance privée**

Selon annexes ci-jointes, lors d'un séjour en home ou à l'hôpital, la personne mentionnée ci-dessus a droit aux prestations de la caisse-maladie resp. assurance privée comme suit:

<b>LCA</b>	<b>par jour / fr</b>	<b>Début</b>	<b>Fin</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Sur la base des assurances complémentaires selon LCA (veuillez indiquer toutes les assurances complémentaires)</b></li></ul>			
a) Soins de longue durée	_____	_____	_____
b) Indemnité journalière	_____	_____	_____
c) Paralysie / réassurance	_____	_____	_____
d) . _____	_____	_____	_____
e) . _____	_____	_____	_____
f) . . _____	_____	_____	_____

Date: \_\_\_\_\_

Timbre / Signature: \_\_\_\_\_

Annexes à l'int. de la caisse-maladie resp. de l'assurance privée:

- **Attestation de tarif**
- **Facture(s) du home ou de l'hôpital**