

Home:

Attestation de tarif

Nom/Prénom 	(NPA)	
	Date de naissance 	N ^o d'assuré
Personne à contacter concernant les finances Nom/Prénom/Rue/Lieu 	Assureur-maladie 	N ^o d'assuré
	Date l'entrée 	Valable dès le

Degré de soins et de surveillance

Ne rien écrire: - en cas de degré de soins inchangé

Remplir obligatoirement: - en cas d'une première annonce
- en cas de changement du degré de soin

Entrée / séjour en EMS est:

définitif ambulatant vacances

Système de classification

RAI/RUG Groupe _____

BESA Nombre de points _____

ROES Nombre de points _____

Prestations de l'assureur-maladie

Forfait complet

Forfait partiel

Aucune

Système central

Degré 0 Degré 4 Degré 8

Degré 1 Degré 5 Degré 9

Degré 2 Degré 6 Degré 10

Degré 3 Degré 7

Date: _____

Le médecin: _____

Tarif

	par jour	par an
1. Taxe de base	fr. _____	_____
2. Prestations de l'assureur-maladie au home	fr. _____	_____
3. Taxe (sans allocation pour impotent)	fr. _____	_____
4. Allocation pour impotent (lorsqu'elle est facturée en plus)	fr. _____	_____
5. Tarif global	fr. _____	_____

Ce tarif correspond aux montants que le home reçoit effectivement.

Toute modification du tarif doit être notifiée sans délai à l'Agence AVS.

Date: _____

L'administrateur du home: _____