Décompte d'aide-ménagère / soins à domicile

Personne assurée

Nom

Prénom

Numéro de client

Indications sur la personne ayant fourni l'aide-ménagère

Nom

Prénom

Adresse

Facture

Mois

Année

Indemnisation horaire en CHF

Remarque: un formulaire dûment rempli permet de simplifier la facturation. Nous vous prions de saisir une description détaillée par jour. Merci beaucoup.

Date JJ.MM.AA	**Prestation ménagère** (par exemple: cuisiner, lessive, repassage, ménage, faire les courses, etc.)	**Soins** (par exemple: habiller, soins du corps, changement de pansements, etc.)	**Nombre d'heures** de hh:mm	à hh:mm	h/min	**Total**
Total heures / minutes						
Montant total en CHF						**0.00**

Pour láide de ménagère: la personne soussignée n'appartient pas à la famille proche de l'assuré(e).

Montant reçu

Lieu / Date

Signature de la personne ayant fourni l'aide-ménagère

A envoyer à:
CSS, Leistungsprüfung, Case postale 2568, 6002 Lucerne

Form. 20f-04.22-pdf