

CAISSE D'ASSURANCE  
VIEILLESSE INVALIDITE  
ET MALADIE  
DES CULTES



cavimac

## Attestation de séjour / Forfait Soins Infirmiers

► **Pour nous contacter :**

**Vous désirez des informations complémentaires,  
vous souhaitez nous rencontrer,**

- **appelez-nous au 01 41 58 45 45**
- **connectez-vous sur le site [www.cavimac.fr](http://www.cavimac.fr)**



# ATTESTATION DE SEJOUR / Forfait Soins Infirmiers A compléter par les structures de vie habilitées par la Cavimac

ATTESTATION A TRANSMETTRE AU SERVICE PRESTATIONS MALADIE DE LA CAVIMAC

## I. COORDONNEES DE LA STRUCTURE DE VIE (CACHET)

Numéro DESTIN

/\_9/\_9/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

(Numéro d'identification auprès de la CAVIMAC)

## II. COORDONNEES DE L'ASSURE(E)

Nom

Prénom

Numéro d'immatriculation

/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

## III. CARACTERISTIQUES DU SEJOUR

Secteur médical – FSM <sup>1</sup>

Secteur repos-convalescence – FRC <sup>1</sup>

Période de séjour pour laquelle le paiement du forfait est demandé

Du /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ \* au /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ ⇒ nombre de jours = \_\_\_\_

<sup>1</sup> Cocher la case correspondante en vous référant au seul accord de prise en charge Cavimac

\* en cas de demande fractionnée, ne pas rappeler dans cette zone la date initiale d'entrée en Forfait Soins Infirmiers

## IV. INTERRUPTION DE SEJOUR

Si pendant le séjour il y a eu des interruptions (exemple : hospitalisation, week-end, entrée EHPAD, SSIAD, PUV, etc...), veuillez préciser obligatoirement les informations suivantes :

Dates :

1ère interruption du /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ au /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ ⇒ nbre de jours = \_\_\_\_

2ème interruption du /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ au /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ ⇒ nbre de jours = \_\_\_\_

Ce total sera déduit par la CAVIMAC du nombre de jours indiqué au cadre III.

**RAPPEL : le F.S.I. est exclusif de toute autre prise en charge de soins effectués par des infirmiers libéraux ou de forfait soins versé par l'assurance maladie (SSIAD, HAD, forfait soins versé aux établissements EHPA, EHPAD, PUV).**

## V. MODALITES DE VERSEMENT DES FORFAITS

Le versement est effectué sur le compte bancaire ou postal de la structure de vie.

Attestation établie le :

Signature du Responsable de la Structure de vie :