IL CONVIENT DE RETOURNER L'IMPRIMÉ AU SERVICE MALADIE CHARGÉ DU REMBOURSEMENT

Service maladie - Pôle Production
FSI- 003

Imprimés accessibles sur notre site
www.cavimac.fr
Pour tout renseignement, contacter le service maladie :
maladie@cavimac.fr

ATTESTATION DE SÉJOUR FSI

A compléter par les structures de vie habilitées par la Cavimac

CAVIMAC
La sécurité sociale des cultes

Identification de l'assuré

Nom : _____ Prénoms : _____

Numéro National d'identification : ☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐

Date de naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Adresse : _____

_____

Code postal : ☐☐☐☐☐ Ville : _____

Identification de la structure de vie effectuant les soins infirmiers
(à remplir par le responsable de la structure de vie)

Nom : _____

Adresse : _____

_____

Code postal : ☐☐☐☐☐ Ville : _____

N° Code : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ N° Destin : 9 9 9 9 9 1 0 0 9 9 ☐☐☐☐

Téléphone : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ E-mail : _____ @ _____

Caractéristiques du séjour

Secteur médical - FSM ☐ Secteur repos-convalescence - FRC ☐

Période de séjour pour laquelle le paiement du forfait est demandé :

du ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ au ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ nombre de jours = ☐☐

(1) 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.

Interruption de séjour

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 ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ nombre de jours = ☐☐
2ème interruption du ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ au ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ nombre de jours = ☐☐

Ce total sera déduit par la Cavimac du nombre de jours indiqué au cadre **Caractéristiques du séjour**.

Rappel : le FSI 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).

Modalités de versement des forfaits

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

Fait le : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Signature du responsable et cachet de la structure de vie

En cas de fraude sociale en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (CSS, art. L. 114-17 du Code de la sécurité sociale), vous encourez des sanctions et êtes passibles d'amende et/ou d'emprisonnement voire de pénalités financières (CSS, art. L. 114-16-2).

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée et le règlement général UE 2016/ 679 s'appliquent aux réponses faites sur ce formulaire. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant que vous pouvez exercer auprès de la déléguée à la protection des données : dpo@cavimac.fr

Service maladie
Date de mise à jour septembre 2019