

**PASSAGE DE 8 à 12 NIVEAUX DE SOINS PLAISIR®**  
**Modification de la classification au 1.1.2011**

Toutes les rubriques sont à compléter.

**Nom et adresse de  
l'établissement :**

**Veillez prendre note de la modification de la classification de la personne ci-dessous :**

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Numéro AVS :  
No d'assuré :  
Date de la dernière évaluation PLAISIR® :

**Classification valable jusqu'au 31.12.2010**

Minutes/jour de soins infirmiers OPAS (a+b+c) :	Total	:	minutes
Classification (X/8) :	Classe	:	
Forfait /jour :	Montant 2010	:	Frs

**Niveau de soins valable dès le 1.1.2011**

Minutes/jour de soins infirmiers OPAS (a+b+c) :	Total	:	minutes
Classification / niveau de soins (X/12) :	Niveau de soins	:	
Forfait /jour :	Montant 2011	:	Frs

Timbre et signature de l'établissement:

.....

N° Concordat: .....

Lieu et date : .....