

**Document à retourner
dûment complété**

(Joindre un RIB lors de la 1^{ère} demande
ou en cas de changement)

Département de la Haute-Savoie

Direction de l'Autonomie

Unité APA

1, avenue d'Albigny

CS 32444

74041 Annecy Cedex

A remplir à l'encre noire

Le Docteur (Nom Prénom) et/ou raison sociale:

Adresse :

Téléphone :

Email :

N° de SIRET (**obligatoire sur toutes les factures**) :

certifie avoir complété le dossier médical établi pour la demande
d'Allocation Personnalisée d'Autonomie de :

Nom Prénom (**en lettres capitales**) :

Date de naissance :

Adresse :

Fait à le

Signature et cachet du médecin

La rémunération de votre participation comprend l'évaluation à domicile, la rédaction d'un ou plusieurs certificats médicaux avec grille AGGIR, les échanges nécessaires avec les Équipes Médico-Sociales du Département lors des phases d'attribution et de suivi de l'APA. Elle est prise en charge par le Département, à hauteur de 3 C et couvre tout constat à effectuer pendant une période d'un an.

Elle concerne uniquement les médecins traitants généralistes de Haute-Savoie.

L'établissement de ce certificat est donc gratuit pour son bénéficiaire et ne donne pas lieu à un remboursement par l'Assurance Maladie.

Les modalités de votre collaboration et de votre rémunération sont prévues par la convention du 1^{er} décembre 2004 signée par les représentants syndicaux (art 2 à 6).

Un exemplaire de cette convention peut vous être envoyé sur simple demande.