

# Allocation Personnalisée d'Autonomie

## Rémunération Dossier Médical

**Document à retourner dûment complété**  
(Joindre un RIB lors de la 1<sup>ère</sup> 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

Le Docteur (Nom Prénom) : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

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 (25 € X 3) soit 75 € 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<sup>er</sup> décembre 2004 signée par les représentants syndicaux (art 2 à 6).

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