



Feuille de Soins du Professionnel de Santé

date d'élaboration

bénéficiaire des soins

● bénéficiaire des soins

nom-prénom

(suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

numéro d'immatriculation (*)

(si celui-ci ne vous a pas été communiqué, remplissez la ligne suivante)

date de naissance du bénéficiaire des soins

J J M M A A A A

rang de naissance, si jumeaux

● assuré (à remplir si le bénéficiaire des soins n'est pas l'assuré)

nom-prénom

(suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

numéro d'immatriculation

● adresse à préciser uniquement en cas de changement définitif ou en cas de changement d'organisme d'assurance maladie

professionnel de santé

● identification du professionnel de santé

N° Commande

FINESS 75 08 06 226

Cachet unité de soins

Notes réservées à
l'unité de soins

Signature du cadre

actes effectués (à remplir par le professionnel de santé)

date des actes	codes des actes	tarification	montant des honoraires 1	dépass.	frais de déplacement			
					I.F. 2	I.K.		DD
						nbre	montant 3	
J J M M A A A A	NE PAS UTILISER		,					
J J M M A A A A	EN ATTENTE		,					
J J M M A A A A	DU CODAGE		,					
J J M M A A A A	DES ACTES		,					
J J M M A A A A			,					
J J M M A A A A			,					

règlement (à remplir par le professionnel de santé)

MODE DE RÈGLEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

au prestataire

☐

au malade

☐

signature du professionnel
de santé ayant effectué
l'acte ou les actes

signature de
l'assuré(e)

absence de
signature