

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 (*) NIP

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

date de naissance du bénéficiaire des soins rang de naissance, si jumeaux

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

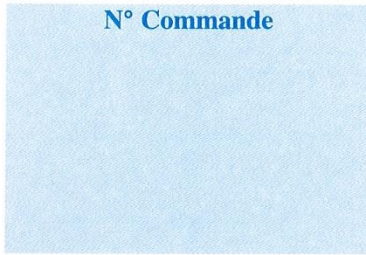
nom-prénom (suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

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	dépass.	frais de déplacement		
					I.F.	I.K.	DD
			1		2	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