

Mémo feuille de soins – INFIRMIER

Recommandations pour le remplissage – Décembre 2017



Veillez à bien respecter les zones de remplissage

Attention à bien paramétrer votre imprimante. Les croix de cases à cocher doivent être dans la zone blanche. Un dézonage (croix imprimée hors de la case) peut engendrer des erreurs de destinataire du paiement.

Pour le remplissage manuel, écrire lisiblement avec un stylo bille à encre bleue ou noire.

Recommandations

Identification du patient :

- Noter systématiquement le Numéro d'immatriculation de l'assuré.
- Si le patient n'est pas l'assuré, indiquer sa date de naissance.

Identification du praticien :

- En cas de remplaçant : ne plus barrer le nom du titulaire
- Reporter uniquement les nom et prénom du remplaçant

Conditions de prise en charge des actes :

- Préciser la nature de l'assurance (cases à cocher maladie, maternité ou AT)

Actes effectués :

- La date doit être libellée en numérique (ni point, ni slash)
 - Pour les codes actes : 1 séance de soins par ligne (cotation + majoration + déplacement)
- Attention : maximum 12 lignes par FSP

Paiement :

Destinataire du paiement, 3 cas :

- l'assuré a fait l'avance des frais (RO + RC) : ne rien cocher
- l'assuré a payé la part complémentaire : cocher la case de gauche
- l'assuré n'a rien payé : cocher les deux cases (en cas de mémoire Tiers Payant, toutes les feuilles de soins doivent être cochées).

Votre signature et celle de votre patient sont obligatoires (hors cas exceptionnels d'impossibilité de signer pour le patient).

Nous vous rappelons que les feuilles de soins ne respectant pas les consignes de remplissage ne peuvent pas être traitées par nos services et feront donc l'objet d'un retour systématique.

Le Service Prescripteurs Transporteurs reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Vous pouvez nous contacter par mail : pntp@cgss.re

**feuille de soins
auxiliaire médical(e)**

000123456
06102017

PERSO NNE RECVANT LES SOINS ET ASSURÉ(E)

NOM ET PRÉNOM: **DUPONT Marcelin**

NUMÉRO D'IDENTIFICATION: **172012124701388**

DATE DE NAISSANCE: **23011972**

ASSURÉ(E) (à remplir si la personne receiving les soins n'est pas l'assuré(e))

ADRESSE DE L'ASSURÉ(E): **96 bis rue de la République 97600 Flouren**

IDENTIFICATION DE L'AUXILIAIRE MÉDICAL(E)

NOM ET PRÉNOM: **Monsieur Durand**

xx - auxiliaire médical(e)

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

Nom de la structure: **xx - auxiliaire médical(e)**

Adresse: **96 bis rue de la République 97600 Flouren**

Tel: **02 01 01 01 01**

NUMÉRO DE LA STRUCTURE: **76 x 99994 9 00 1 20 1 xx n°AM**

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

NOM ET PRÉNOM: **Monsieur Durand**

NUMÉRO D'IDENTIFICATION: **10001234565**

N° de la structure: **761234566**

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS

Maladie ou affection prescrite le: **02042012**

MALADIE (le remboursement de ces soins relève de la loi de l'Etat national)

SOINS dispensés au titre de l'art. L.115 (à compléter au titre de l'art. L.115)

MATERNITÉ (dans le cadre de l'acte de grossesse ou de l'accouchement)

ATMP (accidents de travail, maladies professionnelles, etc.)

ACTES EFFECTUES

Date de l'acte	Nature de l'acte	Montant de l'acte	Statut de l'acte	Remboursement
01/01/2012	CONSULTATION	10,00	1	100%
02/01/2012	ACTE DE PRÉVENTION	5,00	2	100%
03/01/2012	ACTE DE PRÉVENTION	5,00	2	100%
04/01/2012	ACTE DE PRÉVENTION	5,00	2	100%
05/01/2012	ACTE DE PRÉVENTION	5,00	2	100%
06/01/2012	ACTE DE PRÉVENTION	5,00	2	100%
07/01/2012	ACTE DE PRÉVENTION	5,00	2	100%
08/01/2012	ACTE DE PRÉVENTION	5,00	2	100%
09/01/2012	ACTE DE PRÉVENTION	5,00	2	100%
10/01/2012	ACTE DE PRÉVENTION	5,00	2	100%

PAYEMENT

MONTANT TOTAL des actes (14,24)

L'assuré n'a pas réglé la part obligatoire

L'assuré n'a pas réglé la part complémentaire

Signature OBLIGATOIRE: **Dupont**

Responsabilité de l'acte: **Dupont**

FSAM 01-2011 5 3129 €

Pour les auxiliaires remplaçant(e)s, il n'est plus nécessaire de barrer les identifiants pré-remplis. Cette zone d'identification est maintenant prévue à cet effet. Reporter uniquement les nom et prénom.

Vous devez indiquer les nom, prénom et le numéro RPPS du médecin prescripteur (si mentionné sur l'ordonnance).

Veiller à bien cocher les conditions de prise en charge de votre patient selon sa situation. Les dates de prescription et d'accord préalable sont à renseigner ici. Le «cochage» des cases «soins en rapport avec le protocole ALD», «action de prévention» ou «autre» suffit à déterminer que les soins sont exonérés du ticket modérateur.

Si l'assuré règle les soins, aucune case n'est cochée.

Si dispense d'avance de frais, cocher uniquement la case «l'assuré n'a pas réglé la part obligatoire».

Si l'assuré est bénéficiaire de la CMUC ou de l'AME et qu'il n'a pas réglé les soins, cocher les 2 cases.

Vous devez indiquer un numéro de facture.

Le numéro de prescripteur utilisé est le numéro d'Assurance Maladie pour les médecins libéraux, le numéro de FINESS pour les établissements. Cette information doit obligatoirement être renseignée.

Les soins effectués dans le cadre de l'article L.115 doivent maintenant être indiqués en cochant la case «soins dispensés au titre de l'article L.115».

Le champ montant total doit être renseigné sur chaque feuille de soins et doit correspondre à la somme des actes de la feuille.

N'oubliez pas les différentes signatures (sans déborder des cases)

Les coches déterminent le destinataire du remboursement