

Conseils techniques pour imprimer la nouvelle feuille de soins

- ✓ Identifier les champs permettant de paramétrer l'impression
- ✓ Imprimer les textes dans les zones indiquées en jaune sur le spécimen
- ✓ Utiliser de préférence la police ARIAL 12
- ✓ Le respect du pré-casage n'est pas obligatoire mais l'impression doit strictement être limitée dans la zone définie, alignement au choix (gauche, droite ou centré).
- ✓ Présenter les dates sous la forme JJMMAA ou JJMMAAAA sans point ni slash (: . / \)
- ✓ Ne pas mentionner les devises (xpf ; fcf ; frs ; ...)
- ✓ Ne pas dépasser les zones de signatures
- ✓ Utiliser strictement les feuilles de soins fournies par la CPS

FEUILLE DE SOINS
Médecin

FSM 14 000001

N° Facture 14R1

BENEFICIAIRE DES SOINS ET ASSURE(E)

BENEFICIAIRE DES SOINS (les lignes «nom» et «prénom» sont obligatoirement remplies par le médecin)

Nom ABCDEFGH IJKL-MNOPQ RSTUVWXYZ Prénom ABCDEFGH-IJKLMNOPQRSTUVWXYZ

DN 1234567 Né(e) le 12092004

ASSURE (E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré)

Nom Prénom

DN Né(e) le

À remplir impérativement en cas de déplacement à domicile

Adresse PK 12, 7 C/mort C/mer

S'IL S'AGIT DE BLESSURES CAUSÉES PAR UN TIERS RESPONSABLE

Identité du responsable Date des faits

Circulation Aggression Morsure d'animal Activité sportive Autre Plainte déposée Oui Non

MEDECIN (À remplir par le médecin)

Identification du médecin ou de l'établissement

Code médecin obligatoire M 0001

Si les soins sont dispensés par un médecin salarié dans un centre de soins (cachet de ce centre)

X Médecin remplaçant

Accord préalable n°

Parcours de soins oui non

Si le patient est envoyé par le médecin traitant, indiquer le code du médecin traitant M0010 Date de prescription 15 07 14

CONDITION DE PRISE EN CHARGE AUTRE QUE LA MALADIE (À remplir par le médecin)

Longue Maladie PCM n° Maternité Date présumée d'accouchement

Autres prises en charge CCP URGENCE (week-end / férié) N° FTS

PRESTATION DES ACTES (À remplir par le médecin)

Date des actes	Code des actes CPAM uniquement	Actes NGAP (C, CS, CSC, CPSP, VVS, VNSP, K, P, MN, MD, ou Tarification CPAM)	Montant des honoraires facturés	Frais de déplacement	
				IFD 2	IK
150714		C	3600		
150714		BP	120	8400	
230714	BZQK001	1	1	9257	
230714	BLQK010	1	2	2553	

Exemples d'actes codés en NGAP

Exemples d'actes codés en CPAM

MONTANT TOTAL (1+2+3) 23310

*Signature du praticien attestant l'exécution des actes

FACTURATION EN TIERS PAYANT (À remplir par le médecin)

Signature OBLIGATOIRE de l'assuré attestant l'exécution des soins

Montant payé par l'assuré

Montant du tiers payant

Signature du praticien demandant le règlement en tiers payant à la CPS

Vous pouvez indiquer le nom de jeune fille ou le nom marital au choix.

Reportez l'un des prénoms du patient figurant sur la carte d'assuré social.

Pour les noms et prénoms dépassant le nombre de cases définies, la police conseillée ARIAL 12 permet d'imprimer 27 caractères.

Respectez le format des dates (JJMMAA ou JJMMAAAA), sans séparateur

En cas de remplaçant, les deux tampons sont obligatoires ; imprimez le code du médecin titulaire et cochez la case « Médecin remplaçant »

Par défaut le régime de prise en charge est la maladie. Cochez la case correspondante en cas de prise en charge à 100%.

Pour les actes de radiologie nécessitant plus de 4 lignes, utilisez une 2^{ème} feuille de soins, en veillant à totaliser chaque feuille et à les transmettre ensemble.

Ne pas dépasser la zone de signature

En cas de facturation en Tiers payant, remplir ces champs et transmettre à la CPS avec un bordereau.

Les montants s'expriment sans mention de la devise (XPF, Fcfp,...).