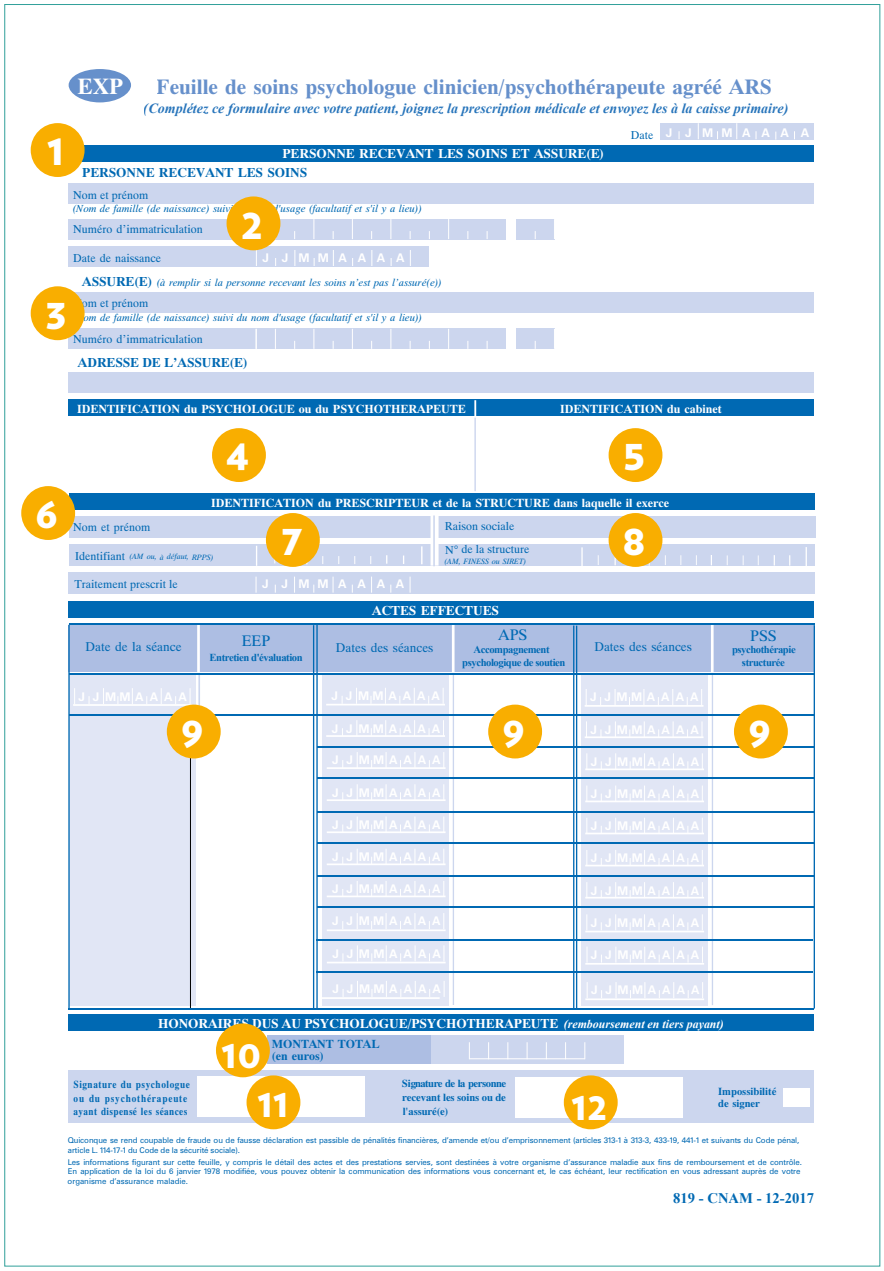
Comment compléter
la feuille de soins



EXP **Feuille de soins psychologue clinicien/psychothérapeute agréé ARS**

(Complétez ce formulaire avec votre patient, joignez la prescription médicale et envoyez les à la caisse primaire)

Date J J M M A A A A

1 **PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)**

PERSONNE RECEVANT LES SOINS

Nom et prénom

(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Numéro d'immatriculation 2

Date de naissance J J M M A A A A

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

3 om et prénom

om de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Numéro d'immatriculation

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION du PSYCHOLOGUE ou du PSYCHOTHERAPEUTE | **IDENTIFICATION du cabinet**

4 5

6 **IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**

Nom et prénom 7 | Raison sociale

Identifiant *(AM ou, à défaut, RPPS)* | N° de la structure *(AM, FINESS ou SIRET)* 8

Traitement prescrit le J J M M A A A A

ACTES EFFECTUES

Date de la séance	EEP Entretien d'évaluation	Dates des séances	APS Accompagnement psychologique de soutien	Dates des séances	PSS psychothérapie structurée
J J M M A A A A		J J M M A A A A		J J M M A A A A	
9		J J M M A A A A	9	J J M M A A A A	9
		J J M M A A A A		J J M M A A A A	
		J J M M A A A A		J J M M A A A A	
		J J M M A A A A		J J M M A A A A	
		J J M M A A A A		J J M M A A A A	
		J J M M A A A A		J J M M A A A A	
		J J M M A A A A		J J M M A A A A	
		J J M M A A A A		J J M M A A A A	
		J J M M A A A A		J J M M A A A A	

HONORAIRES DUS AU PSYCHOLOGUE/PSYCHOTHERAPEUTE *(remboursement en tiers payant)*

10 MONTANT TOTAL (en euros)

Signature du psychologue ou du psychothérapeute ayant dispensé les séances 11 | Signature de la personne recevant les soins ou de l'assuré(e) 12 | Impossibilité de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

819 - CNAM - 12-2017

À compléter avec votre patient lors de la séance

1 Coordonnées de votre patient

2 Les mentions du NIR (Numéro d'identification National ou numéro de Sécurité Sociale) et de la date de naissance sont obligatoires et permettent à la CPAM d'identifier le patient et de vous régler.

3 Un patient peut-être « ayant-droit » et être assuré sur le compte d'un conjoint ou parent, qui est alors l'« assuré(e) ».

4 Votre nom / prénom et numéro

5 L'adresse de votre cabinet en libéral (si la feuille de soins n'est pas pré-identifiée).

6 Nom du médecin traitant et identifiant (numéro Assurance Maladie (AM) ou à defaut numéro RPPS) mentionné sur l'ordonnance

7 Date mentionnée sur l'ordonnance

8 Informations concernant le cabinet du médecin traitant ou s'il exerce en établissement : Raison sociale / Adresse de l'établissement du médecin traitant et numéro de la structure (numéro AM, FINESS ou SIRET) telles quelles aparaissent sur l'ordonnance

9 Compléter pour chaque séance : la date de la séance réalisée et mentionner le montant dans la case adjacente :
- EEP / Entretien d'évaluation : 32 €
- APS / Accompagnement psychologique de soutien : 22 €
- PSS / psychothérapie structurée : 32 €

10 Montant total des séances effectuées si vous choisissez une facturation groupée

11 Votre signature

12 La signature de votre patient

© Cnamts studio graphique - 12/2017