

Feuille de Soins ALD (1/2)

	Information	Obligatoire	Facultative	
Partie réservée à l'assuré	Nom et Prénom	*		
	N° Immatriculation	*		
	N° de la carte d'Identité Nationale		*	
	Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré * Conjoint * Enfant	*		
	Adresse		*	
	Montant des frais	*		
	Nombre de pièces jointes	*		
	Déclaration du Médecin traitant	Nom et Prénom du bénéficiaire de soins	*	
Date de naissance		*		
N° de la CIN			*	
Sexe			*	
Identification du médecin traitant	N° INP du médecin traitant		*	
Type de soin	Type de soin (à cocher) * Ambulatoires * Hospitalisation	*		
	Admission ALD * Oui * Non		*	
	Code ALD		*	
	Pli confidentiel remis oui/non		*	
	Date d'Hospitalisation		*	
	Déclaration d'exactitude des informations (Assuré)	Date (fait le, à remplir par l'assuré)		*
		Lieu (fait à, à remplir par l'assuré)		*
Signature de l'assuré		*		
Déclaration de sincérité des informations (médecin ou établissement de soins)	Date (fait le, à remplir par médecin traitant ou l'établissement de soins)		*	
	Lieu (fait à, à remplir par le médecin traitant ou l'établissement de soins)		*	
	Cachet du médecin traitant ou de l'établissement de soins	*		
	Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins	*		

Feuille de Soins ALD (2/2)

	Information	Obligatoire	Facultative
Description des actes effectués (Sauf en cas de soins continu: remplacer par une copie d'ordonnance avec cachet et date pharmacie)	Date des actes / prescriptions des actes non effectués par le médecin traitant	*	
	Code des actes		*
	Lettre clé + Cotation NGAP	*	
	Valeur clé		*
	Montant facturé	*	
	Cachet du Médecin traitant	*	
	Signature du Médecin traitant	*	
	CIM-10		*
Actes Paramédicaux	Date des actes	*	
	Code des actes / et nombre pour les séances		*
	Lettre clé + Cotation NGAP	*	
	Valeur clé		*
	Montant facturé	*	
	Cachet du Paramédical	*	
	Signature du Paramédical	*	
	N° INP du Paramédical		*
Actes de Biologie, radiologie et Imagerie	Date des actes	*	
	Code des actes		*
	Lettre clé + Cotation NGAP	*	
	Valeur clé		*
	Montant facturé sur la FS et la facture de chaque acte pratiqué	*	
	Cachet du Radiologue ou Biologiste	*	
	Signature du Radiologue ou Biologiste	*	
	N° INP du Radiologue ou Biologiste		*
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis	Date d'exécution	*	
	Prix facturé sur la FS et la facture de fournisseur ou du laboratoire (cas de PHM)	*	
	Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux	*	
	Signature du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux	*	
	N° INP du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux		*