



## Feuille de soins maladie et feuille de soins relatifs aux affections longue durée (ALD)

-1/2-

Zone	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 maladie et feuille de soins relatifs aux affections longue durée (ALD)

-2/2-

Zone	Information	Obligatoire	Facultative
Description des actes effectués	Date des actes	*	
	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		*
	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	*	
	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		*
Prestations et service non pris en charge par l'organisme Gestionnaire	Nature de la prestation		*
	Prix unitaire		*
	Quantité		*
	Prix total		*