



# MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Liberté  
Égalité  
Fraternité

EN PRATIQUE

PSYCHOLOGUES

## COMMENT COMPLÉTER LA FEUILLE DE SOINS ?

**feuille de soins psychologue**

numéro de facture (facultatif) : \_\_\_\_\_

date : J | J | M | M | A | A | A | A

**PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURÉ(E)**

1 Nom et prénom (si, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse) : \_\_\_\_\_

2 numéro d'immatriculation : \_\_\_\_\_

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

4 et prénom (si, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse) : \_\_\_\_\_

5 numéro d'immatriculation : \_\_\_\_\_

ADRESSE DE L'ASSURÉ(E) : \_\_\_\_\_

**IDENTIFICATION DU PSYCHOLOGUE**

4 nom et prénom : \_\_\_\_\_

5 structure d'exercice coordonné : \_\_\_\_\_

**IDENTIFICATION DU MEDECIN et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**

6 et prénom : \_\_\_\_\_

7 raison sociale : \_\_\_\_\_

8 n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) : \_\_\_\_\_

**CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS**

9 courrier d'adressage du médecin du : J | J | M | M | A | A | A | A

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante) :  MALADIE  SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1 (cf. la notice au verso : § précédé de "9" et les recommandations importantes)

soins en rapport avec le protocole ALD  autre

accident causé par un tiers : non  oui  date : J | J | M | M | A | A | A | A

MATERNITE date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement : J | J | M | M | A | A | A | A

AT/MP numéro : \_\_\_\_\_ ou date : J | J | M | M | A | A | A | A

**ACTES EFFECTUES**

dates des actes	codes des actes	tarification	montant des honoraires
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			

10 11 12 13

**PAIEMENT**

14 MONTANT TOTAL EN EUROS : \_\_\_\_\_

15 l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

16 l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

17 signature du psychologue ayant effectué l'acte ou les actes : \_\_\_\_\_

18 signature de l'assuré(e) : \_\_\_\_\_

impossibilité de signer

Outrepasser se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-4 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal et 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 services, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des Données. Pour en savoir plus, rendez-vous sur la page protection des données du site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr). En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés.

FSAM 01/2022 (S 3130)

### À COMPLÉTER PAR VOUS

- 1 Nom et prénom(s) de votre patient.
- 2 Les mentions du NIR (numéro d'inscription au répertoire ou numéro de Sécurité sociale) et de la date de naissance sont obligatoires et permettent aux organismes d'Assurance maladie d'identifier le patient et de le rembourser.
- 3 Un patient peut être « ayant droit » et figurer sur le NIR d'un conjoint ou d'un parent, qui est alors « l'assuré(e) ».
- 4 Votre nom/prénom et numéro Assurance maladie (AM) (si la feuille de soins n'est pas pré-identifiée).
- 5 Numéro FINESS et adresse de votre lieu d'activité si vous êtes salarié dans une structure (si la feuille de soins n'est pas pré-identifiée).
- 6 Nom du médecin et identifiant (numéro Assurance maladie (AM) ou à défaut numéro RPPS) mentionnés sur le courrier d'adressage.
- 7 Structure d'exercice du médecin : raison sociale et numéro de la structure (FINESS) indiqués sur le courrier d'adressage.
- 8 Date mentionnée sur le courrier d'adressage.
- 9 Cocher la case correspondant au motif de prise en charge précisé dans le courrier d'adressage (maladie, maternité, AT-MP).

### COMPLÉTER POUR CHAQUE SÉANCE

- 10 La date de la séance réalisée.
- 11 Le code acte de chaque séance :
  - EEP (Entretien d'évaluation en présentiel)
  - APS (Séance de suivi réalisée en présentiel)
  - PSS (Séance de suivi réalisée en distanciel)
- 12 Le tarif de chaque séance :  
EEP : 40 € / APS : 30 € / PSS : 30 €
- 13 Le montant facturé de chaque séance :  
EEP : 40 € / APS : 30 € / PSS : 30 €
- 14 Indiquer le montant total des séances effectuées.

- 15 Cocher cette case si votre patient n'a pas payé la part obligatoire.
- 16 Cocher cette case si votre patient n'a pas payé la part complémentaire.

- 17 Votre signature.
- 18 La signature de votre patient.

En cas de tiers payant, n'oubliez pas de cocher les cases 15 et 16