N° facture : ………………….du……………………

N° envoi/féder. : ……………………………………. Réf. Équipe :……………………………..

FACTURE INDIVIDUELLE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identification de l'équipe d'accompagnement de soins palliatifs qui est intervenue pour le bénéficiaire**  Nom: ………………………………………………………………………………  Adresse : …………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………  Tél.: ………………………………………………………………………………..  N°I.N.A.M.I:…………………………………………………………………….. | **Identification du titulaire**  Nom : …………………………………………………  Prénom :…………………………………………….  Adresse : ……………………………………………  ……………………………………………  Organisme assureur : …………………………  N° de fédération :……………………………….  N° d'inscription :………………………………..  CT1 : …….CT2 : ……… | **Identification du bénéficiaire**  Nom : …………………………………………………  Prénom :…………………………………………….  Adresse : ……………………………………………  ……………………………………………  Titul-Conjoint-Ascend-Descend.  N° de fédération :……………………………….  N° d'inscription :………………………………..  CT1 : …….CT2 : ……… |

Date de la première intervention (directe ou indirecte) de l'équipe pour ce bénéficiaire :

REMBOURSEMENT DE L'INTERVENTION (DIRECTE OU INDIRECTE) D'UNE EQUIPE D'ACCOMPAGNEMENT DE SOINS PALLIATIFS

L'indication pour la contribution de l'équipe aux soins palliatifs du bénéficiaire mentionnée ci-dessus a été établie par le Docteur[[1]](#footnote-1)………………………….. à la date du ……………..L'attestation rédigée à cet effet par ce médecin se trouve dans le dossier palliatif du bénéficiaire conservé par l'équipe.

L'équipe confirme que les interventions de l'équipe pour ce bénéficiaire répondent aux conditions de remboursement de l'article 8 de la convention. Les autres conditions de facturation de la convention ont été également respectées.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Libellé | Pseudo-codes | Montant unitaire (euros) | Réservé à l'O.A | Réservé à l'équipe |
| Montant forfaitaire unique  Ou  Montant forfaitaire réduit |  |  |  |  |

Total en (euros): ……………….

FACTURE RECAPITULATIVE POUR LES EQUIPES D'ACCOMPAGNEMENT DE SOINS PALLIATIFS

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification de l'équipe d'accompagnement de soins palliatifs**  Nom : ………………………………………….. ……………………………………………………………  Adresse : ……………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………  Tél.: …………………………………………………………………………………………………………..  N°I.N.A.M.I:……………………………………………………………………………………………….. | **Identification de l'Institution qui effectue le paiement**  Nom : ………………………………………….. ……………………………………………………………  Adresse : ……………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………….. |

FACTURE RECAPITULATIVE N°………………………..DU………/……/……………AU……/……/…………..…ETABLIE LE………../……../…………….

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° de la facture individuelle | Nom et prénom du bénéficiaire | N° de la fédération | N° d'inscription | Montant à charge de l'OA (1) | Montant à charge du patient (2) | Total (1)+(2) |
| ………………………….. | ………………………….. | ………………………….. | …………………………. | ………………………….. | …………………………. | ………………………….. |
| **Total général** | | | | ………………………….. | …………………………. | ………………………….. |

A verser au compte de : ………………………

Référence : …………………….. Le responsable de l'équipe d'accompagnement de soins palliatifs,

(Date, nom et signature)

1. Mentionner l'identité complète et le numéro d'identification du médecin de famille du bénéficiaire [↑](#footnote-ref-1)