



N° 11388\*05

## feuille de soins - sage-femme

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale

numéro de facture (facultatif)

date J J M M A A A A

## PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la zone "nom et prénom" est obligatoirement remplie par la sage-femme)

nom et prénom

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

numéro d'immatriculation (\*)

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))

nom et prénom

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

numéro d'immatriculation

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

code de l'organisme de rattachement  
en cas de dispense d'avance des frais  
(à remplir par la sage-femme)

## IDENTIFICATION de la SAGE-FEMME

## IDENTIFICATION de la STRUCTURE

SAGE-FEMME REMPLACANTE

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

## IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce (pour les soins soumis à prescription médicale)

nom et prénom

raison sociale

identifiant

n° de la structure  
(AM, FINESSE ou SIRET)

## CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

J J M M A A A A

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A A A

 MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)soins conformes au protocole ALD action de prévention 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 CCAM | activités | C, V | montant des honoraires € | dépass. | frais de déplacement |                        | DD |
|-----------------|----------------------|-----------|------|--------------------------|---------|----------------------|------------------------|----|
|                 |                      |           |      |                          |         | I.F.<br>•            | I.K.<br>nbre montant Z |    |
| 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 |                      |           |      |                          |         |                      |                        |    |

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros (1+2+3)l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire signature de la sage-femme  
ayant effectué  
l'acte ou les actessignature de  
l'assuré(e)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

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.

## quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

### **Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.**

La première information à donner concerne **la personne recevant les soins et l'assuré(e)**

**Si vous ne payez pas votre sage-femme**, celle-ci remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

**Si vous payez votre sage-femme**, celle-ci indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous même (*le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser*).

- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes **assuré(e) social(e)**, inscrivez seulement :
  - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas **assuré(e) social(e)**, indiquez :
  - votre **numéro d'immatriculation**.
  - ou** (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
    - votre **date de naissance**,
    - le **nom** et le **prénom de l'assuré(e) auquel (à laquelle)** vous êtes rattaché(e) et son **numéro d'immatriculation**,
- **complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).**

**Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à compléter par votre sage-femme, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.**

- Si vos soins sont en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

### **Recommandations importantes :**

Si votre sage-femme vous prescrit des produits pharmaceutiques, votre pharmacien établira sa feuille de soins à laquelle vous joindrez le double de votre ordonnance pour le remboursement.

**Prévenez** votre organisme d'assurance maladie en **cas de changement intervenant dans votre situation**, par exemple :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations, **n'oubliez pas** également d'indiquer **vos nouvelles adresse sur la feuille de soins**.

**N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.**