

NOTE D'HONORAIRES DU MEDECIN GENERALISTE

« Majoration soins palliatifs »

PATIENT
Nom : _____
Prénom : _____
N° SS : _____

PROFESSIONNEL
Nom : _____
Prénom : _____
N° SIRET : _____
Cachet du professionnel : _____

Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation médico-psycho-sociale <input type="checkbox"/> Ecoute et soutien du patient et de l'entourage <input type="checkbox"/> Education et information <input type="checkbox"/> Rédaction de prescriptions anticipées <input type="checkbox"/> Rédaction d'une demande d'USP
Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation médico-psycho-sociale <input type="checkbox"/> Ecoute et soutien du patient et de l'entourage <input type="checkbox"/> Education et information <input type="checkbox"/> Rédaction de prescriptions anticipées <input type="checkbox"/> Rédaction d'une demande d'USP
Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation médico-psycho-sociale <input type="checkbox"/> Ecoute et soutien du patient et de l'entourage <input type="checkbox"/> Education et information <input type="checkbox"/> Rédaction de prescriptions anticipées <input type="checkbox"/> Rédaction d'une demande d'USP
Date : __/__/__ <input type="checkbox"/> Evaluation médico-psycho-sociale <input type="checkbox"/> Ecoute et soutien du patient et de l'entourage <input type="checkbox"/> Education et information <input type="checkbox"/> Rédaction de prescriptions anticipées <input type="checkbox"/> Rédaction d'une demande d'USP

Récapitulatif de la note d'honoraires : _____ MSP x 30 € = _____ euros Date : __/__/__ Signature du professionnel :

Cadre réservé au réseau

N° interne au réseau	Date d'envoi	Validation (date et signature)	Tampon du réseau

Cadre réservé à la RESPALIF

	Réception	Vérification	Saisie	Règlement
Date				
Signature				

Corrections et remarques

Merci d'adresser vos notes d'honoraires à la fin de chaque mois d'exercice