NOTE D'HONORAIRES DU MEDECIN GENERALISTE

« Majoration soins palliatifs »

PATIENT	**PROFESSIONNEL**
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
N° SS : _____	N° SIRET : _____
	Cachet du professionnel :

Date : _ _ / _ _ / _ _	
☐ Evaluation médico-psycho-sociale	☐ Ecoute et soutien du patient et de l'entourage
☐ Education et information	
☐ Rédaction de prescriptions anticipées	☐ Rédaction d'une demande d'USP
Date : _ _ / _ _ / _ _	
☐ Evaluation médico-psycho-sociale	☐ Ecoute et soutien du patient et de l'entourage
☐ Education et information	
☐ Rédaction de prescriptions anticipées	☐ Rédaction d'une demande d'USP
Date : _ _ / _ _ / _ _	
☐ Evaluation médico-psycho-sociale	☐ Ecoute et soutien du patient et de l'entourage
☐ Education et information	
☐ Rédaction de prescriptions anticipées	☐ Rédaction d'une demande d'USP
Date : _ _ / _ _ / _ _	
☐ Evaluation médico-psycho-sociale	☐ Ecoute et soutien du patient et de l'entourage
☐ Education et information	
☐ Rédaction de prescriptions anticipées	☐ 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