

|          |  |
|----------|--|
| Nom      |  |
| Prénom   |  |
| N° RPPS  |  |
| N° SIRET |  |
| ADRESSE  |  |

|                   |  |
|-------------------|--|
| Date              |  |
| Mois de           |  |
| Réf. / Facture n° |  |

CACHET DU PROFESSIONNEL

PLANETH PATIENT  
TERRITOIRE

Programmes ETP - Ma Santé j'en prends soin - Ok avec ma santé

## FACTURATION MENSUELLE DES SÉANCES ÉDUCATIVES

Tarifs à partir du 1 janvier 2026

|                                            | FORFAIT REFERENT PARCOURS |                                                      |                                    | ATELIERS                                        |                                           |                                            |                                                                |
|--------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
|                                            | Entretien initial         | Entretien fin de parcours et/ou entretien de renfort | Référent Suivi du parcours patient | Atelier individuel par choix* (sous conditions) | Atelier collectif 2 à 4 patients présents | Atelier collectif 5 et + patients présents | Atelier collectif devenant individuel à cause de l'absentéisme |
| DATE                                       | 50 €                      | 30 €                                                 | 30 €                               | 25 €                                            | 80 €                                      | 100 €                                      | 40 €                                                           |
|                                            |                           |                                                      |                                    |                                                 |                                           |                                            |                                                                |
|                                            |                           |                                                      |                                    |                                                 |                                           |                                            |                                                                |
|                                            |                           |                                                      |                                    |                                                 |                                           |                                            |                                                                |
|                                            |                           |                                                      |                                    |                                                 |                                           |                                            |                                                                |
|                                            |                           |                                                      |                                    |                                                 |                                           |                                            |                                                                |
|                                            |                           |                                                      |                                    |                                                 |                                           |                                            |                                                                |
|                                            |                           |                                                      |                                    |                                                 |                                           |                                            |                                                                |
|                                            |                           |                                                      |                                    |                                                 |                                           |                                            |                                                                |
|                                            |                           |                                                      |                                    |                                                 |                                           |                                            |                                                                |
|                                            |                           |                                                      |                                    |                                                 |                                           |                                            |                                                                |
|                                            |                           |                                                      |                                    |                                                 |                                           |                                            |                                                                |
|                                            |                           |                                                      |                                    |                                                 |                                           |                                            |                                                                |
| TOTAL : séances éducatives x Coût unitaire |                           |                                                      |                                    |                                                 |                                           |                                            |                                                                |
|                                            |                           |                                                      |                                    | TOTAL GÉNÉRAL                                   |                                           |                                            |                                                                |

Signature du professionnel

Nom :

Validation du coordinateur

Nom :

\* Séance individuelle (sous conditions : difficultés cognitives, difficultés de communication)