Nom _____
Prénom _____
N° ADELI _____
N° SIRET _____
ADRESSE _____

Date _____
Mois de _____

Réf. / Facture n° _____

CACHET DU PROFESSIONNEL (optionnel)

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 juin 2022

| | FORFAIT REFERENT PARCOURS | | | ATELIERS | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Entretien initial<br>50 € | Entretien fin de parcours et/ou entretien de renfort<br>30 € | Référent Suivi du parcours patient<br>30 € | Atelier individuel* (sous conditions)<br>25 € | Atelier collectif 2 à 4 patients présents<br>80 € | Atelier collectif 5 et + patients présents<br>100 € |
| **DATE** | *Quantité* | *Quantité* | *Quantité* | *Quantité* | *Quantité* | *Quantité* |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| **TOTAL : séances éducatives x Coût unitaire** | 0 € | 0 € | 0 € | 0 € | 0 € | 0 € |
| | | | | **TOTAL GÉNÉRAL** | | 0,00 € |

Signature du professionnel
Nom :

Validation du coordinateur
Nom :

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