

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

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 _____

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le médecin)

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)

IDENTIFICATION DU MEDECIN

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom _____
 identifiant _____ dispositif de coordination de soins - réseau de santé _____

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)
 acte conforme au protocole ALD action de prévention autre **SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115**
 (cf. la notice au verso : § précédé de "**" et les recommandations importantes)

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 _____

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous
 nom et prénom du médecin : _____
 (s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique urgence hors résidence habituelle médecin traitant remplacé accès hors coordination

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. ②	M.D.	I.K. nbre montant €
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 du médecin ayant effectué l'acte ou les actes _____ signature de l'assuré(e) _____ impossibilité de signer