

**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   
(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

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   
(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

numéro d'immatriculation

**ADRESSE de L'ASSURE(E)**

**MEDECIN (à remplir par le médecin)**

**identification du médecin ou de l'établissement**

si les soins sont dispensés à titre libéral, dans un établissement  
cachet de cet établissement

médecin salarié  
n° d'identification  spécialité

nom



entente préalable du  J J M M A A A A

**CONDITIONS de PRISE en CHARGE des SOINS (à remplir par le médecin)**

MALADIE exonération du ticket modérateur :  non  oui (si oui, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD  action de prévention  personne visée à l'art. L. 115  autre

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 (s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

nom et prénom du médecin traitant :

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

**ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)**

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. M.D. 2	nbre	I.K. montant 3
J J M M A A A A			C		21				
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 (à remplir par le médecin)**

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)  21

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

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L. 377-1 et L. 471-3 du Code de la sécurité sociale, 441-1 du Code pénal)  
Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.  
En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

(\*) voir notice au verso