

cerfa

feuille de soins - médecin

N° 12541*02

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

date 03022022

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 VILLO Jean Baptien

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation 196069720093320

date de naissance 19061996

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)

152 Rue de Paris 94220 Charenton le Pont

IDENTIFICATION DU MEDECIN

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

DOCTEUR FEL AUDREY

15 OPHTALMOLOGIE

111 RUE DE REUILLY

CONVENTIONNE HONORAIRES

75012 PARIS

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

=> 751021072 003 310 15 n°AM

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)☐ SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso - § précédé de "a")
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

oui

date

J J M M A A A A A A

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A 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

ACTES EFFECTUES

(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 A A)

dates des actes	codes des actes	actes C. CS CNPSY V. VS VNPSY	autres actes (K, CaC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	de pass.	fruits de déplacement
					1D. 2	1K. 3
					M.D. nbre	montant
03022022BJ920021				4385		
03022022BL920102				2115		

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

6500

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 actessignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-1, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114 17-1 du Code de la sécurité sociale).

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.

IMP COSTE AUBENAS

FSM 01-2011 S 3110j