

feuille de soins - médecin

Art. F	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	

			PF	ERSO	NNE I	RECE	EVANT LI	ES SOINS I	ET AS	SSURE	(E)						
PI	ERSONNE REC	CEVANT L	ES SOIN	IS (la	a ligne	"nom	et prénom"	est obligator	remen	t rempli	e par	le 1	nédec	in)			
	_	SHY Soufia		o (face	Itatif at	alil ar a	liau))										
	de famille (de naissa éro d'immatriculat		nom a usag	ge (jacu	manj er	s ii y a	ueu))										
Halli													code	de l'orga	ınisme de	rattachement	
date	de naissance		1 5	1 1	1 1 9	9	9						en c		ense d'av	vance des frais	
AS	SSURE(E) (à rem	nplir si la pers	onne receva	int les s	soins n'e	st pas	l'assuré(e))						(0.70	триг ра	r te mea		
	et prénom	anaa) avivi du	nom d'usa	o (face	Atatif at	مانا بر م	liau))										
	de famille (de naissa téro d'immatriculat		nom a usag	ge (jacu	manj er	su y a	ileu))										
			\ \														
AD	DRESSE DE L'A	ASSUKE(E))														
	IDEN'	TIFICATIO	ON DU N	/EDF	ECIN			ID	ENTI	FICAT	ION		E LA	STRU	CTUR	æ	
		DR MERA	BET IDI	R										EBERT			
										924	400	COU	RBEV	OIE			
										92 1 0	2243	30	001	11 0 0	1		
ME	DECIN REMPLAC	CANT															
nom	et prénom																
idon	tifiant							spositif de co			T						
Iden	umanı		- Cr					soins - résea			7						
V	MALADIE (si	anan (mati an						CHARGE				TO :	1.	, ,	•4 1 1	U 4 E 212 1	
X	MALADIE (si	exoneration (au ticket m	ioaera	teur, co	cnez, u	ine case ae i	a iigne suiva	inte)		SOIN (cf. le	NS (a no	lispen tice a	i ses au t u <i>verso</i>	i tre de l : § <i>préc</i>	l 'art. L. 212-1 cédé de "*"	
	acte conforme au p	protocole ALD		a	ction de	préve	ntion	(cf. la notice au verso : § précédé de "*" et les recommandations importantes)									
	accident causé pa	nr un tiers :	non	X	ou	ıi	d	date J J M M A A A A A									
	•																
	MATERNITE				date	présu	ımée de débi	it de grosses	se ou	date d'ac	ccouc	hem	ent		M M	$A \mid A \mid A \mid A$	
	AT/MP		numéro						(ou		d	ate		M M	$A \mid A \mid A \mid A$	
si vo	ous êtes le nouvea	au médecin	traitant c	ochez	cette c	ase											
							1 1										
	patient est envoy n et prénom du n	• •	edecin tra	ıtant,	compl	etez 12	a ligne ci-ae	essous									
	ne l'est pas, coche		le la ligne	suivan	ite)												
accè	s direct spécifique	urg	gence	h	ors rési	dence	habituelle	méd	ecin tra	aitant re	mpla	cé		accès	hors co	ordination	
	- I - I - I - I - I - I - I - I - I - I		, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,				TES EFFE										
	(si les actes so	ont coumic à	la formal	itá da	l'accor				la de	mando ·			M · N	Ι Δ . Δ	. A . /	Λ)	
	(St tes actes so		ta jornat	ie de		c, cs		actes								éplacement	
	dates des		des des		i i c	NPSY		sC, P)		nontant honoraii		1	dépass.	I.D.	is ac ac	I.K.	
	actes		actes		act.	V, VS NPSY		AM		facturé			déj	M.D.	nbre	montant 3	
																1 1 1	
1 8						GS	DE		3 7								
	3 1 1 2 0 2 4																
$J \mid J$																	
	J M M A A A A																
J	J M M A A A A A A A A																
J	J M M A A A A																
J	J M M A A A A A A A A						AIEMENT										
J	J M M A A A A A A A A			 	TOTA +2+3)		AIEMENT	3 7									
J J	J M M A A A A A A A A		MON' en eur	 				3 7									
J J	J M M A A A A A A A A		MON' en eur	 									entaire				
J J J J l'ass	J M M A A A A A J M M A A A A A J M M A A A A A J M M A A A A A		MON' en eur	 			l'ass	3 7 uré(e) n'a pa					entaire		imnossil	nilité	
J J J J l'ass sign ayar	J M M A A A A A J M M A A A A A J M M A A A A		MON' en eur	 				3 7 uré(e) n'a pa					entaire		impossil de signe		