

fauille de soins - médecin

num	éro	de	facti	ure	(facu	ltati	f)	
date	1	7	11	11	2	0	2	4

	reume de soms - medeem
*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
	PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)
NNE RECEVA	NT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par

actident 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 S I OU M M A A A A A A I M MATERNITE date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement J J M M A A A S I 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 X 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) dates des actes codes des actes acte	PERSONNE REC	CEVANT LE						ı" est obliga			•	<u> </u>	méde	cin)				
date de missance 2 9 0 8 1 9 9 6 0 8 9 9 4 0 5 1 5 3 3 9 ARSURE(E) (à consistence presson from de foundation de suito à l'est past l'assarcie) ARSURE(E) (à complier sit su personne trecenum de suito à l'est past l'assarcie) Tourn de foundation de promote trecenum de suito à l'est past l'assarcie) ADRESSE DE L'ASSURE(E) 28 Rue Du dénéral De Gaulle, 77000 MELUN IDENTIFICATION DU MEDECIN CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS X MALADIE (si comeration du tiécet modérateur conche une care de la ligne suivance) acète conforme an protecole ALD action de prevention MATERNITE date présumie de idebut de grossene ou date d'accouchement ATAPP auméro ou date J J M M A A A MATERNITE date présumie de idebut de grossene ou date d'accouchement J J M M A A A MATERNITE (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préclabile, indiquez la date de la demande : J J M M A A A BALEENENT MONTANT TOTAL en euro (10-250) Les surée) n'a pas payé la part complémentaire l'assurée) n'a pas payé la par	*			uga (faar	ltatif	ot alil v	a liau))											
date de aubsennee 2 9 0 8 1 9 9 6 ASSURKE() (a roughir si in personne recentul les usion it or part l'ansuré(e)) Both et personn The mort de pinellé le motivance? sairi du non d'anuge (faculturi) et vil y a lient) Tuméro d'immariculation ADRESSE DE L'ASSURE(E) 28 Rue Du Général De Gaulle, 77000 MELUN IDENTIFICATION DU MEDETN THE PARRY anadou Diogo Sé rue de paris 93100 Firener 931056124 MEDECIN REMPLACANT BONT HIPLACANT BONT HIPL				ige (Jaci	шапј													
ADRESCRED (a compiler in the personne recovered fee solars of ear goal designates of source d	numero d'immatricula	поп	2 9	6 0	8 8	9 9	4 0 5	1 5 3	3	9			cod	le de l'ora	anismo do	rattachement		
ASSURE(E) in remptire at in personne recreamt les soins n'est past l'accuri(e)) pours de product de soissance) noiri du nout d'usage (ficultarif et 98 y a ficul) numéro d'immatriculation ADRESSE DE L'ASSURE(E) 28 Rue Du Genéral De Gaulle, 77000 MEEUN IDENTIFICATION DU MEDEUN IDENTIFICATION DU MEDEUN MEDEUN REMPLACANT non et prénom identifiant CONDITIONS DE PRISE IN CHARGE DES SOINS X MALADIE (si estonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivonte) acte conforme au protecole ALD acte conforme au protecole ALD action de prévention MATERNITE date présumée de début de grossesse ou date d'acconchement J J M M A A ATAMP numéro date J J M M A A ATAMP numéro ATYMP Nu	date de naissance		2 9	0 8	1	9 9	6						en c	cas de disp	oense d'av	rance des frais		
mome of periodic the noisoneed subside the noisoneed stated the noisoneed periodic the noisoneed periodic the noisoneed subside the noisoneed stated the noisoneed stated the noisoneed stated the noisoneed stated and the n	ASSURE(E) (à ren	ıplir si la person	ne recev	ant les s	soins 1	n'est pas	 l'assuré(e))						(à r	emplir po	ar le méd	ecin)		
ADRESSE DE L'ASSURE(E) 28 Rue Du Général De Gaulle, 77000 MELUN IDENTIFICATION DU MEDICIN de BARRY anadrou Diogo 54 rue de parte 931.00 finess: 931856124 MEDECIN REMPLACANT nom et prénom identifient CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS X MALADIE (si exonération du ticles modérateur, occhez une cuse de la ligne suivante) actédent causé par un tiers: non oni date J J M M A A A A A MATERNITE date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement J J M M A A A A ATMP numéro ou date J J M M A A A A A ATMP numéro si le patient est envoyé par le médecin traitant cochez cette case si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous nome et prénom du médecin: (s'il ne l'est pas, occhez une case de la ligne suivante) (s'il les acles sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande: J J M M A A A A) ACTES EFFECTUES (si les acles sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande: J J M M A A A A) ACTES EFFECTUES (si les acles sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande: J J M M A A A A) J J M M A A A A A J J M M A A A A A PAIEMENT MONTANT TOTAL me euros (1-2-45) l'acsunée(e) n'a pas payé la part complémentaire signuture du méticin		1				1	(//											
ADRESSE DE L'ASSURE(E) 28 Rue Du Général De Gaulle, 77000 MELUN IDENTIFICATION DU MEDECIN de BRRY anadou Diogo 54 rue de paris 931.00 finess: 931.8561.24 MEDECIN REMPLACANT nomet prénom identifiant CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS X MALADIE (si exmération du ticket modérateur, coches une case de la ligne suivante) accident causé par un tiers: non oui date J J M M A A A A ATAMP numéro ou date J J M M A A A A ATAMP numéro ou date J J M M A A A A ATAMP numéro ou date J J M M A A ATAMP numéro ou date J M M A A A A ATAMP numéro ou date J M M A A A A ATAMP numéro ou date J M M A A A A A ATAMP numéro ou date J M M A A A A A ATAMP numéro ou date Présunte de début de grossesse ou date d'acconchement J J M M A A A A A ATAMP numéro ou date présunte de début de grossesse ou date d'acconchement J J M M A A A A A ATAMP numéro ou date J M M A A A A A ATAMP numéro ou date présunte de début de grossesse ou date d'acconchement J J M M A A A A A ATAMP numéro ou date présunte de début de grossesse ou date d'acconchement J J M M A A A A A A A A A A A A A A A A	(nom de famille (de naiss	ance) suivi du no	om d'usa	ige (faci	ıltatif	et s'il y d	a lieu))											
BRUE DU GÉMÉRA DE GAULLE, 77000 MELUN IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE de PARRY amadou Diogo 54 rue de paris 93100 finess: 931856124 MEDECIN REMPLACANT nom et prénom identifiant CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS X MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante) acte conforme au protocole ALD action de prévention autre cité la matie au verso: 3 précédé de cité re recommundations importantes) action et assé par un tiers: non oui date J J M M A A A A A A A A A A A A A A A A	numéro d'immatricula	tion																
TAMPY anadou Diogo \$4 rue de paris 93100 finess: 931056124 MEDECIN REMPLACANT nom et prénom identifiant CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS X MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante) action et prénom au protocole ALD action de prévention autre Out date J J M M A A A A ATERNITE date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement J J M M A A ATMP numéro Out date J J M M A A ATMP numéro si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case si le patient est envoyé par ê médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous nont et prénom du médecin : (sil ne less par, cochez une case de la ligne suivante) accès direct spécifique urgenc X bery si vous êtes le nouveau médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous nont et prénom du médecin : (sil ne less par, cochez une case de la ligne suivante) accès direct spécifique urgenc X bery si demendant la formalité de l'accourd prétable, inatiques ate date de la demandae : ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accourd prétable, inatiques ate date de la demandae : ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accourd prétable, inatiques ate date de la demandae : ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accourd prétable, inatiques ate date de la demandae : ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accourd prétable, inatiques ate date de la demandae : ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accourd prétable, inatiques ate date de la demandae : ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accourd prétable, inatiques ate date de la demandae : ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accourd prétable, inatiques ate date de la demandae : ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accourd prétable, inatiques ate date de la demandae : ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accourd prétable, inatiques ate date de la de	ADRESSE DE L'A	ASSURE(E)																
der BARRY amadou Diogo \$4 rue de parie 93100 finess: 931856124 MEDECIN REMPLACANT nom et prénom identifiant CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS X MALADIE (si evonération du ticket modérateur, cochec une case de la ligne suivante) 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'acconchement 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 (sil ne l'est pas cochec une case de la ligne suivante) accès direct spécifique urgence X hors résidence habituelle ACTES PEFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de Paccord prélable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A A CATES PEFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de Paccord prélable, indiquez date date de la demande : J J M M A A A A A CATES PEFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de Paccord prélable, indiquez date de la demande : J J M M A A A A A CATES PEFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de Paccord prélable, indiquez date de la demande : J J M M A A A A A CATES PEFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de Paccord prélable, indiquez date de la demande : J J M M A A A A A A A A A A A A A A A A											~ \ m= (_		
MEDECTN REMPLACANT nom et prénom identifiant CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS X MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante) acte conforme au protocole ALD action de prévention autre MATERNITE date présumée de début de grossesse ou date d'acconchement J J M M A A A ATAMP numéro ou date J J M M A A A A A ATAMP numéro ou date J J M M A A A A A ATAMP numéro ou date J J M M A A A A A ATAMP numéro (SI nacice au verso : § précéde de « et les recommandations importantes) si le patient est nevoyé par le médecin traitant cochez cette case si le patient est evoyé par le médecin traitant cochez cette case si le patient est evoyé par le médecin traitant cochez cette case si le patient est evoyé par le médecin traitant cochez cette case si le patient est evoyée par le médecin traitant cochez cette case si le patient est verso : § précéde de « et les recommandations importantes) soit les recommandations importantes si le patient est verso :	IDEN	TIFICATIO	N DU .	MEDI	CIN				IDEN'I	LIEI	CATI()N D	E LA	A STRU	JCTUR	E		
MEDECIN REMPLACANT nomet prénom identifiant CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS X MALADIE (si evonération du ticket modérateux, cochez une case de la ligne suivante) acte conforme au protocole ALD action de prévention autre et les recommandations importantes) action de prévention autre et l'action de l'accouchement J J M M A A A A A A A A A A A A A A A A				_														
nom et prénom identifiant CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS X MALADIE (si exomération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante) acte conforme au protocole ALD action de prévention autre action de prévention autre date J J M M A A A A MATERNITE date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement AT/MP numéro ou date J J M M 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 X hors résidence habituelle MATERNITE (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préatable, indiquez ta date de la demande : J J M M A A A A A) ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préatable, indiquez ta date de la demande : J J M M A A A A A) ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préatable, indiquez ta date de la demande : J J M M A A A A A) ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préatable, indiquez ta date de la demande : J J M M A A A A A) ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préatable, indiquez ta date de la demande : J J M M A A A A A) ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préatable, indiquez ta date de la demande : J M M A A A A A) ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préatable, indiquez ta date de la demande : J M M A A A A A) ALLE MARIA DE L'ASSUMENT DE L	3	_																
nom et prénom identifiant CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS X MALADIE (si exomération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante) acte conforme au protocole ALD action de prévention autre action de prévention autre date J J M M A A A A MATERNITE date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement AT/MP numéro ou date J J M M 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 X hors résidence habituelle MATERNITE (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préatable, indiquez ta date de la demande : J J M M A A A A A) ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préatable, indiquez ta date de la demande : J J M M A A A A A) ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préatable, indiquez ta date de la demande : J J M M A A A A A) ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préatable, indiquez ta date de la demande : J J M M A A A A A) ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préatable, indiquez ta date de la demande : J J M M A A A A A) ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préatable, indiquez ta date de la demande : J M M A A A A A) ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préatable, indiquez ta date de la demande : J M M A A A A A) ALLE MARIA DE L'ASSUMENT DE L																		
nom et prénom identifiant CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS X MALADIE (si exomération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante) acte conforme au protocole ALD action de prévention autre action de prévention autre date J J M M A A A A MATERNITE date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement AT/MP numéro ou date J J M M 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 X hors résidence habituelle MATERNITE (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préatable, indiquez ta date de la demande : J J M M A A A A A) ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préatable, indiquez ta date de la demande : J J M M A A A A A) ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préatable, indiquez ta date de la demande : J J M M A A A A A) ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préatable, indiquez ta date de la demande : J J M M A A A A A) ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préatable, indiquez ta date de la demande : J J M M A A A A A) ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préatable, indiquez ta date de la demande : J M M A A A A A) ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préatable, indiquez ta date de la demande : J M M A A A A A) ALLE MARIA DE L'ASSUMENT DE L																		
nom et prénom identifiant CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS X MALADIE (si exomération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante) acte conforme au protocole ALD action de prévention autre action de prévention autre date J J M M A A A A MATERNITE date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement AT/MP numéro ou date J J M M 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 X hors résidence habituelle MATERNITE (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préatable, indiquez ta date de la demande : J J M M A A A A A) ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préatable, indiquez ta date de la demande : J J M M A A A A A) ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préatable, indiquez ta date de la demande : J J M M A A A A A) ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préatable, indiquez ta date de la demande : J J M M A A A A A) ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préatable, indiquez ta date de la demande : J J M M A A A A A) ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préatable, indiquez ta date de la demande : J M M A A A A A) ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préatable, indiquez ta date de la demande : J M M A A A A A) ALLE MARIA DE L'ASSUMENT DE L	MEDECIN DEMDI AC	NA NITO																
CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS		ANI																
CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS	nom et prenom							diamonitif de condination										
MALADIE (si exomération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante) 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 MATERNITE date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement AT/MP numéro ou date J J M M A A A AT/MP numéro si vous étes 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 X hors résidence habituelle MATERNITE (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord prélable, indiquez la date de la demande : COES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord prélable, indiquez la date de la demande : COES CINESY ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord prélable, indiquez la date de la de mande : J J M M A A A A A A A ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord prélable, indiquez la date de la de mande : J J M M A A A A A ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord prélable, indiquez la date de la de mande : J J M M A A A A A ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord prélable, indiquez la date de la de mande : J J M M A A A A A PAIEMENT MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) L'ASSURÉ(c) n'a pas payé la part complémentaire signature du médecin ayant effectué Signature du médecin ayant effectué Accord prélable impossibilité de seuvez	identifiant							A. A. C.										
action de prévention action date J J M M A A A A A A A A A A A A A A A A A			C	ONDI'	TIO	NS DE	PRISE F	N CHAR	SE DE	S SC	DINS							
actident 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 S I OU M M A A A A A A I M MATERNITE date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement J J M M A A A S I 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 X 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) dates des actes codes des actes acte	X MALADIE (si	exonération du	ticket i	modéra	teur,	cochez	une case d	e la ligne su	ivante)	П								
MATERNITE date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement AT/MP numéro ou date J J M M 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 nomet prénom du médecin: (s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante) accès direct spécifique urgence X hors résidence habituelle ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : ACTES EFFECTUES (si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : 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 A A A A A A A A A A	acte conforme au j	protocole ALD		a	ction	de prév	ention	(cf. la notice au verso : § précédé de "*"										
AT/MP numéro ou date J J M M 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 nome et prénom du médecin : (s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante) accès direct spécifique urgence X 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 A A A A A A A A A A	accident causé pa	r un tiers :	non			oui		date J	J M	M	$A \mid A \mid$	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 X hors résidence habituelle médecin traitant remplacé accès hors coordinatio 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 A A A A A A A A A A	MATERNITE				da	te prés	umée de dé	but de gross	sesse ou	ı date	d'acco	uchem	ent		M M	$A \mid A \mid A \mid A$	A	
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 X hors résidence habituelle médecin traitant remplacé accès hors coordinatio **CTES 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 dates des actes codes	AT/MP		n u méro)						ou		(late		M M	$A \mid A \mid A \mid A$	A	
nom et prénom du médecin : (s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante) accès direct spécifique urgence X hors résidence habituelle médecin traitant remplacé accès hors coordinatio 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 dates des actes codes des actes actes codes des actes actes prévious des actes actes actes actes actes production d'acte de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A A J J M M A A A A A A A A A A A A A A A A	si vous êtes le nouvea	au médecin tr	aitant	cochez	cette	e case												
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 dates des actes codes des codes	si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous nom et prénom du médecin :																	
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 dates des actes codes des codes							e habituelle	lle 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 J M M A A A A A A A A A A A A A A A		wa go	7									Ittee						
dates des actes C, CS (K, CSC, P.) Oléments de tarification Occamination	(si les actes so	ont soumis à la	ı forma	lité de	l'acco				de la d	lemar	nde :	l i J	M	M A , A	Δ , Δ , Δ			
dates des actes CNPSY V, VS V, VS Eléments de tarification CCAM I.K. I.	(se tes detes se		v jornia				-											
PAIEMENT MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire signature du médecin ayant effectué l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire signature de limpossibilité ayant effectué l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire					ivité	CNPSY	(K,	CsC, P)	n				pass			*		
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 signature de Prografia) l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire	actes	ac	ites		act				"	fa	cturés		dé			montant (3	
PAIEMENT MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) 1'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire signature du médecin ayant effectué signature de Paremé(a) signature de Paremé(a)	1 7 1 1 2 0 2 4	G					P		6	0								
PAIEMENT MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) 1'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire signature du médecin ayant effectué signature de Paremé(a) signature de Paremé(a)	$\ \mathbf{J}_1\mathbf{J}\ \mathbf{M}_1\mathbf{M}\ \mathbf{A}_1\mathbf{A}\ \mathbf{A}_1\mathbf{A}$																	
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 signature de l'assuré(e) signature de l'assuré(e) l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire																		
PAIEMENT MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) 1'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire 1'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire signature du médecin ayant effectué signature de l'assuré(e) ayant effectué																		
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 signature de l'assuré(e) l'assuré(e)						1		Jrp.										
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 signature de l'assuré(a) l'assuré(a)			MON		TO		PAIEWE	VI										
signature du médecin ayant effectué signature de l'assuré(a) l'assuré(a)								6 0 . 0 0										
ayant effectué Signature de Possuré(a) de signer	l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire l'assuré(e)								pas pay	yé la _l	part cor	nplém	entair	e				
1 acte ou les actes		effectué																