

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

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

nom et prénom

(nom de famille - de naissance - si

numéro d'immatriculation

date de naissance

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)

17 rue pau-casals 92100 BOULOGNE BILLANCOURT

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

IDENTIFICATION DU PRATICIEN

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

En qualité de membre d'une
association de gestion agréée,
règlement des honoraires par
chèque est accepté.

CONVENTIONNE

PRATICIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES ACTES

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

actes en rapport avec une ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers

non

☒

oui

date

AT/MP

numéro

ou

date

ACTES dispensés au titre de l'art. L. 115

(cf. la notice au verso : § précédé de "A"
et les recommandations importantes)

(les trois rubriques ci-dessous sont complétées, le cas échéant, uniquement par le médecin)

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 :

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 :)

dates des actes	codes des actes	actes C.C. V.V.S.	autres actes (T.O., éléments de tarification CCAM (modificateurs, association...))	montant des honoraires facturés	dépens	frais de déplacement
					J.D. M.D.	L.K. montant

01/08/2025

CD

23,00 €

localisation
anatomiquelocalisation
anatomiquelocalisation
anatomiquelocalisation
anatomique

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

23,00 €

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du praticien
ayant effectué
les actessignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer