

articles L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

numéro de facture (facultatif)									
date	1	3	0	11	2	0	2	3	

agus and a second	familla da gaing mádaoin	numero de facture (jacan
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 guerr	
	PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(F	Σ)
PERSONNE RECEVAN	T LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie	par le médecin)
nom et prénom AMMARI IS	BMAIL	
nom de famille (de naissance) suiv	ri du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))	
numéro d'immatriculation		
		code de l'organisme de ratta

code de l'organisme de rattachement en cas de dispense d'avance des frais date de naissance 0 6 0 9 2 0 0 1 (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) 8 rue maréchal dode, 38000 GRENOBLE IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE IDENTIFICATION DU MEDECIN Dr Florence PEPINEAU 01- Médecine Générale 1050 route de la mer 06410 Biot 06 1 14472 1 00 1 MEDECIN REMPLACANT nom et prénom dispositif de coordination identifiant 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 "*" et les recommandations importantes) autre acte conforme au protocole ALD action de prévention non X accident causé par un tiers : oui date **MATERNITE** date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement date AT/MP numéro 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) hors résidence habituelle accès direct spécifique urgence X 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 J M M A A A A A A autres actes (K, CsC, P...) frais de déplacement montant des **CNPSY** dates des codes des honoraires 1 éléments de tarification V, VS actes actes facturés **VNPSY** CCAM montant (3 M.D. nbre TCG 1 2 0 2 3 5 **PAIEMENT MONTANT TOTAL** 2 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 impossibilité signature de ayant effectué l'assuré(e) de signer l'acte ou les actes

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal,