

feuille de soins - médecin

Art. R	. 161-40 et suivan	ts du Code de la sécui	rité sociale
Art. L. 212-1 du Co	ode des pensions	militaires d'invalidité et	des victimes de la guerre

DEDCONNE DECEMANT LES SOINS ET ASSURE(E)									
PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)									
*	MBI Noël ance) suivi du nom d'usage ((facultatif et s'il v a lieu))							
numéro d'immatriculat									
					code de l'organisme de rattachement				
date de naissance	3 0 0	7 1 9 8 8			en cas de dispense d'avance des frais				
ASSURE(E) (à rem		les soins n'est pas l'assuré(e))		(à remplir par le médecin)				
nom et prénom	,		, ,						
(nom de famille (de naisse	ance) suivi du nom d'usage ((facultatif et s'il y a lieu))							
numéro d'immatriculation									
ADRESSE DE L'ASSURE(E)									
71 avenue du général de Gaulle , 94240 L HAY LES ROSES									
IDEN'	TIFICATION DU ME	EDECIN	ID	ENTIFICATION DE	LA STRUCTURE				
DR Gabriela SAULEA 42 Endocrinologie et Metabolismes			3 place Mendes France 78990 Elancourt 78 1 15130 3 00 1 11 0 42 n° AM						
				70 1 13130 3 00 1	11 0 12 11 111				
MEDECIN REMPLAC	CANT								
nom et prénom									
identifiant			dispositif de co de soins - résea						
	CON	DITIONS DE PRISE	EN CHARGE	E DES SOINS					
X MALADIE (si	exonération du ticket mod	lérateur, cochez une case	de la ligne suive		spensés au titre de l'art. L. 212-1				
acte conforme au protocole ALD X action de prévention autre (cf. la notice au verso : § précédé de "*" et les recommandations importantes)									
accident causé par un tiers : non oui 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 A									
AT/MP numéro ou date J J M M 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 : DR LAZABAR Dominique (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 so	ent soumis à la formalité	de l'accord préalable, ind	diquez la date de	e la demande : J J I	$M \mid M \mid A \mid A \mid A \mid A$				
		ς C, CS au	tres actes	montant des	frais de déplacement				
dates des actes	codes des actes	c, cs au CNPSY (K V, VS élément	, CsC, P) s de tarification CCAM	honoraires facturés	I.D. 2 I.K. M.D. nbre montant 3				
0 4 0 6 2 0 2 2		1 TC+ MPC+M	aa	3 0					
			CB						
J J M M A A A A									
$\frac{\mathbf{J}_{1}\mathbf{J} \mathbf{M}_{1}\mathbf{M} \mathbf{A}_{1}\mathbf{A} \mathbf{A}_{1}\mathbf{A}}{\mathbf{A}_{1}\mathbf{A}}$									
$J_{\parallel}J M_{\parallel}M A_{\parallel}A A_{\parallel}A$									
PAIEMENT									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)									
l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire l'as			'assuré(e) n'a pa	ssuré(e) n'a pas payé la part complémentaire					
signeture de millo	in A								
signature du médecin ayant effectué l'acte ou les actes		signat l'assu	ture de ré(e)		impossibilité de signer				
Duiconque se rend coupable de	e fraude ou de fausse déclaration	est passible de pénalités financière	es d'amende et/ou d	'emprisonnement (articles 313-1	313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal.				