



N° 12541*01

feuille de soins - médecin

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

date

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E) (*)

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

nom et prénom **Andre Althaus**

(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

numéro d'immatriculation

date de naissance

1 1 0 1 1 9 6 9code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le médecin)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

numéro d'immatriculation

Ce modèle est présenté à titre
d'information.
Pour votre démarche, le formulaire
original doit être utilisé (exceptée
télétransmission Vitale)

ADRESSE de L'ASSURE(E)

Ahornstr. 12, 53177 Bonn

MEDECIN (à remplir par le médecin)

identification du médecin ou de l'établissement

si les soins sont dispensés à titre libéral, d'un établissement
cachet de cet établissementmédecin salarié
n° d'identification

spécialité

Docteur**01 Generaliste****Maison Medical****08270 St. Hilaire de Riez**

=> 85 1014008 00 1 20 2 01

n°
FINESSentente
préalable du

CONDITIONS de PRISE en CHARGE des SOINS (à remplir par le médecin)

☒

MALADIE

exonération du ticket modérateur : non

☒

oui

(si oui, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

personne visée à l'art. L. 115

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

J J M M 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 (s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

nom et prénom du médecin traitant :

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)

dates des actes	codes des actes	activités	C. CS CNPSY V. VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
							I.D.	M.D.	I.K.
J J M M A A A A			C		5 2, 0 0				
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

PAIEMENT (à remplir par le médecin)

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)**5 2, 0 0**

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
l'acte ou les actes

Dr. Olivier de Funès

Médecin Généraliste
08270 St. Hilaire de Riezsignature de
l'assuré(e)**A. Althaus**impossibilité
de signerLa loi rend possible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L. 377-1 et L. 471-3 du Code de la sécurité sociale, 441-1 du Code pénal).
Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.
En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

(*) voir notice au verso

FMR01-05 S 31101