cerfa

N° 12541 *02

feuille de soins - médecin

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

numéro de facture *(facultatif)*

date J J M M A A A A

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
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance J J M M A A A A

code 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
(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)

IDENTIFICATION DU MEDECIN

texte

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

dispositif de coordination 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)*

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 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
nom et prénom du médecin :
(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 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	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés ❶	dépass.	frais de déplacement I.D. ❷ / M.D.	nbre	I.K. montant ❸
J J Date A A A			TCG			25				
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

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) 25

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 **signature de l'assuré(e)** **impossibilité de signer** ☐

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).
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.

SPECIMEN