



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

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

### MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

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)

acte conforme au protocole ALD  action de prévention  autre

soins dispensés au titre de l'art. L. 212-1 (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

MATERNITE date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

AT/MP numéro ou date J J M M A A A A

Date de début de grossesse

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 ①	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. ② M.D.	nbre	I.K. montant ③
J J M M A A A A									
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)

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.