



N° 11390*04

joindre la prescription
(s'il n'y a pas eu demande
d'accord préalable)feuille de soins
auxiliaire médical(e)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

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la zone "nom et prénom" est obligatoirement remplie par l'auxiliaire médical(e))

nom et prénom

(siège, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

numéro d'immatriculation

date de naissance

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

nom et prénom

(siège, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

numéro d'immatriculation

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par l'auxiliaire médical(e))

IDENTIFICATION DE L'AUXILIAIRE MEDICAL(E)

MADAME ALVAREZ MORGANE

26 MASSEUR-KINESITHERAPEUTE

CONVENTIONNE

AUXILIAIRE MEDICAL(E) REMPLACANT(E)

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

EPICENTRE

17 BOULEVARD DES EVADES DE FRANCE

66200

ELNE

=> 66 7 00882 5 00 1 30 2 26

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

identifiant

raison sociale

n° de la structure
(ou adresse, à titre indicatif)

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS

prestation ou traitement prescrit le

accord préalable du

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

soins en rapport avec le protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers

non

oui

date

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

AT/MP

numéro

ou

date

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso ; § précédé de "**"
et les recommandations importantes)

ACTES EFFECTUES

dates des
actescodes des
actes

tarification

montant des
honoraires ①

dépend

frais de déplacement

IF

②

IK

ntre

montant ③

PD

PAIEMENT