

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

(suivis, 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

(suivis, 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)

Monsieur Adrien SIXDENIER

26 MASSEUR-KINESITHERAPEUTE

CONVENTIONNE

AUXILIAIRE MEDICAL(E) REMPLACANT(E)

nom et prénom

identifiant

17 Rue Xavier MARMIER

25000

BESANCON

=> 25 7 00575 1 0 1 30 1 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

(N° J. FINISS ou N° SIRET)

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

ACTES EFFECTUES

dates des actes	codes des actes	tarification	montant des honoraires ①	dépass	frais de déplacement			DD
					I.F. ②	I.K. nbre	montant ③	
J J M M A A A A	NE PAS UTILISER							
J J M M A A A A	EN ATTENTE							
J J M M A A A A	DU CODAGE							
J J M M A A A A	DES ACTES							
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								
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 de l'auxiliaire
médical(e) ayant effectué
l'acte ou les actessignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer ☐