



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
(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)

M. COLAS Corentin
26 - Masseur Kinésithérapeute

Tel : 02 35 47 01 66

Conventionné

AUXILIAIRE MEDICAL(E) REMPLACANT(E)

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

9 Place Maurice Blard
76610 LE HAVRE

=> 76 7 00715 6 00 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

raison sociale

identifiant

n° de la structure
(AM, FINISS ou 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 en rapport avec le protocole ALD

action de prévention

autres

accident causé par un tiers : non

oui

date

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : la présence de "a"
et les recommandations impératives)

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

AT/MP

numéro

ou

date

ACTES EFFECTUES

dates des
actescodes des
actes

tarification

montant des
honoraires ①

dépass.

I.F.
②

frais de déplacement

I.K.
nbre

montant ③

DD

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

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, 433-10, 441-1 et suivants du Code pénal et L. 417-1 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.