

N° 11390*04

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

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

J J M M A A A A

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)

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

MONSIEUR CARETTE FLORENT
26 MASSEUR - KINESITHERAPEUTE
CONVENTIONNE

AUXILIAIRE MEDICAL(E) REMPLACANT(E)

nom et prénom

identifiant

RESIDENCE CARRÉ SAINT-JEAN - BATIMENT A
ROUTE DU VILLAGE
20230 BORDO
N°AM : 207406125
RAPS : 10101777943O 1 30 2 26
CAB GEN V.130 IK SPEdispositif 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, FINES ou SIRET)

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS

prestation ou traitement prescrit le

J J M M A A A A

accord préalable du

J J M M A A A A

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 "a"
et les recommandations importantes)

soins en rapport avec le 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

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 EN ATTENTE DU CODAGE 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								
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 signerQuiconque 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
et 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.