

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)

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

MONSIEUR RAPHAEL LEBAS

26 MASSEUR KINESITHERAPEUTE

193 RUE DE DIEPPE

76750 BUCHY

AUXILIAIRE MEDICAL(E) REMPLACANT(E)

Conventionné

=> 767008048 00 1 30 1 26 n° AM

nom et prénom

identifiant

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, FINESS 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 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

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. ②	frais de déplacement			DD
					I.F. ②	I.K. nbre	montant ③	
01/01/2018 à 31/01/2018	01 - 02 - 03 - 04 - 05 - 06 - 07 - 08 - 09 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48 - 49 - 50 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 56 - 57 - 58 - 59 - 60 - 61 - 62 - 63 - 64 - 65 - 66 - 67 - 68 - 69 - 70 - 71 - 72 - 73 - 74 - 75 - 76 - 77 - 78 - 79 - 80 - 81 - 82 - 83 - 84 - 85 - 86 - 87 - 88 - 89 - 90 - 91 - 92 - 93 - 94 - 95 - 96 - 97 - 98 - 99 - 00							
01/02/2018 à 31/02/2018								
01/03/2018 à 31/03/2018								
01/04/2018 à 30/04/2018								
01/05/2018 à 31/05/2018								
01/06/2018 à 30/06/2018								
01/07/2018 à 31/07/2018								
01/08/2018 à 31/08/2018								
01/09/2018 à 30/09/2018								
01/10/2018 à 31/10/2018								
01/11/2018 à 30/11/2018								
01/12/2018 à 31/12/2018								

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