



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. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

date J J M M A A A A

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)

IDENTIFICATION DE L'AUXILIAIRE MEDICAL(E)

MADAME THIRIOT ALEXANDRA
26 MASSEUR-KINESITHERAPEUTE

CONVENTIONNE

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

7 RUE DES CHALETS

81600 GAILLAC

=> 81 7 00378 3 00 1 30 1 26 n°AM

AUXILIAIRE MEDICAL(E) REMPLACANT(E)

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

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 en rapport avec le protocole ALD

action de prévention

autre

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115
(cf. la notice au verso : § précédé de "a")
et les recommandations importantes)

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		
					IF ②	LK nbre	DD montant ③
J J M M A A A A							
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							

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, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 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.