

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

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

code de l'organisme
de rattachement

en cas de dispense d'avance des frais

rang de naissance, si naissances multiples

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)

AUXILIAIRE MEDICAL(E) (à remplir par l'auxiliaire médical(e))

identification de l'auxiliaire médical(e) ou de l'employeur

MADEMOISELLE GRAFF SOPHIE

26 MASSEUR-KINESITHERAPEUTE
RTE DE LA FORET
LES GRANDS HORIZONS
BAT E

66210 BOLQUERE

CONVENTIONNE

=> 66 7 80140 1 00 1 30 2 26

CAB. CONV. ZISO IK SPEC

auxiliaire médical(e) salarié(e)

n° d'identification

spécialité

nom

prescripteur

n° d'identification

spécialité

nom

prescription du

entente préalable du

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS (à remplir par l'auxiliaire médical(e))

MALADIE

exonération du ticket modérateur : non

oui

(si oui, cochez une case de la ligne suivante)

soins en rapport avec ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers

non

oui

date

personne visée à l'art. L. 115

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

AT/MP

numéro

ou

date

ACTES EFFECTUES (à remplir par l'auxiliaire médical(e))

dates des
actescodes des
actes

tarification

montant des
honoraires

1

dépass.

frais de déplacement

I.F.

2

I.K.

nbre

montant

3

DD

PAIEMENT (à remplir par l'auxiliaire médical(e))

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

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L. 114-13 du Code de la sécurité sociale et 441-1 du Code pénal). 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, 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.

(*) voir notice au verso