cerfa

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 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

code de l'organisme de rattachement en cas de dispense d'avance des frais (à remplir par l'auxiliaire médical(e))

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)

MONSIEUR ARNAUD LIVENAIS

26 MASSEUR-KINESITHERAPEUTE

CONVENTIONNE

AUXILIAIRE MEDICAL(E) REMPLACANT(E)

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

38 RUE DE LA BOURGEONNIERE

44300 NANTES

=> 44 7 06611 9 00 1 30 1 26 n°AM

dispositif de coordination de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

identifiant

raison sociale

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 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

☐ **SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1** *(cf. la notice au verso : § précédé de "*" et les recommandations importantes)*

☐ **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 ❶	dépass.	frais de déplacement			
					IF ❷	IK		DD
						nbre	montant ❸	
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 actes

signature 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, 433-19, 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.

IMP COSTE - 07200 AUBENAS