



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)

N° 11390\*04

date JJMM AAAA

## 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 JJMM AAAA

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)

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

**MADAME JENNIFER DUVERD**

24 INFIRMIER(E)

CONVENTIONNE

15 RUE ERLANGER  
CABINET CASSARD MARIE PAULE

75016 PARIS

=> 75 6 65521 3 0 1 10 0 24 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  
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 JJMM AAAA accord préalable du JJMM AAAA

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 "1" et les recommandations importantes)

soins en rapport avec le protocole ALD  action de prévention  autre

accident causé par un tiers : non  oui  date JJMM AAAA

MATERNITE date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement JJMM AAAA

AT/MP numéro JJMM AAAA ou JJMM AAAA date JJMM AAAA

## 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	
04 06 2019		Ani 4	12,60	2,54,90				
JJMM AAAA	NE PAS UTILISER							
JJMM AAAA	EN ATTENTE							
JJMM AAAA	DU CODAGE							
JJMM AAAA	DES ACTES							
JJMM AAAA								

## PAIEMENT

**MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)**

20

P'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



BOULOGNE BILLANCOURT CEDEX, le 23/05/2019

9, Avenue Charles de Gaulle  
92100 BOULOGNE  
BILLANCOURT

Mme THOMAS Anne marie 92 ans

Standard : 01 49 09 50 00

## ORDONNANCE

920100013



**Urgences Adultes**  
Chef de service:  
Dr BEAUNE

Urgences Adultes:  
Tél : 01.49.09.55.18  
Fax : 01.49.09.58.89

**Ablation des fils de suture ou agrafes à J10**

Accueil administratif  
Urgences Adultes:  
Tél: 01.49.09.55.16

Secrétariat Médical  
Urgences Adultes:  
Tél: 01.49.09.59.38

Signataire : Dr RAPHAEL NOVILLO

U.H.C.D:  
Tél: 01.49.09.58.89/55.21