



feuille de soins - médecin

numéro de facture (facultatif)

14082011

N° 12541 *02

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

14082011

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)**PERSONNE RECEVANT LES SOINS** (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom **GLASER PORTAL ELOU**
 (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
 numéro d'immatriculation **273077511620537**
 date de naissance **14042007**

code de l'organisme de rattachement en cas de dispense d'avance des frais (à remplir par le médecin)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom **GLASER SARAH**
 (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
 numéro d'immatriculation **273077511620537**

ADRESSE DE L'ASSURE(E)**9, route de MINERVE / 34210 AZILLANET****IDENTIFICATION DU MEDECIN****IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE****DOCTEUR NURI RENAUD**

01 MEDICINE GENERALE

CONVENTIONNE

9 R DES ECOLES**34540 BALARUC LES BAINS****=> 34191017200120101 n°AM****MEDECIN REMPLACANT**

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS**MALADIE** (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)**SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115** (cf. la notice au verso : § précédé de "*" et les recommandations importantes)

acte conforme au 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

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande :)

dates des actes	codes de actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ①	dépass	frais de déplacement		
							LD ② M.D.	nbre	I.K. montant ③
14082011		G			25				

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

25

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du médecin
ayant effectué
l'acte ou les actessignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable 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.



CPAM de l'AUDE
2 allée de Bezons
11017 CARCASSONNE cedex