cerfa
N° 12541 *01

feuille de soins - médecin

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 ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)*

nom et prénom
(suivis, s'il y a lieu, du nom d'épouse(se))

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 le médecin)

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'épouse(se))

numéro d'immatriculation

ADRESSE de L'ASSURE(E)

MEDECIN (à remplir par le médecin)

identification du médecin ou de l'établissement

si les soins sont dispensés à titre libéral, date au établissement cachet de cet établissement

médecin salarié
n° d'identification
spécialité

DOCTEUR [redacted]
01 MEDECINE GENERALE *CONVENTIONNE*
[redacted]

nom

=> 35 [redacted]

CAB CONV ZID IK SPEC

n° FINESS –

entente préalable du

CONDITIONS de PRISE en CHARGE des SOINS (à remplir par le médecin)

☐ **MALADIE** **exonération du ticket modérateur : non** ☐ **oui** ☐ *(si oui, cochez une case de la ligne suivante)*

acte conforme au protocole ALD ☐ **action de prévention** ☐ **personne visée à l'art. L. 115** ☐ **autre** ☐

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

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case ☐

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous *(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)*

nom et prénom du médecin traitant :

accès direct spécifique ☐ **urgence** ☐ **hors résidence habituelle** ☐ **médecin traitant remplacé** ☐ **accès hors coordination** ☐

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (IK, CaC, Z...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement I.D. M.D.	nbre	I.K. montant
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

PAIEMENT (à remplir par le médecin)

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 du médecin ayant effectué l'acte ou les actes | **signature de l'assuré(e)** | **impossibilité de signer** ☐

La loi rend passible d'amende ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L. 377-1 et L. 471-3 du Code de la sécurité sociale, 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 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.

(*) voir notice au verso

FMR01-05 S 3110

HERMIEU Imp. & Services • Fax 01 41 79 44 34 • Email hermieu@wanadoo.fr