



Cons. : 100.327.891

feuille de soins - médecin

numéro de facture (facultatif)

N° 12541 *02

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

date 0 4 0 5 1 8

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 ROBERT-BETHUNE Corinne

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation 2 6 9 0 1 9 5 6 8 0 0 1 9 3 2

date de naissance 1 1 0 1 1 9 6 9

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

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

L'ordonnance n'est pas nécessaire pour le
remboursement de ces examens

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

7 Rue du clos des capucins 21200 BEAUNE

IDENTIFICATION DU MEDECIN

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

Docteur Eric PAGE

06 - Radiodiagnostic et imagerie médicale Conventionné (Secteur
1)
10, AVENUE CHARLES JAFFELIN
21200 BEAUNE

Drs LORENZO et PAGE

10, AVENUE CHARLES JAFFELIN

21200 BEAUNE

MEDECIN REMPLACANT

=> 21 1 70024 0 00 1 20 1 0

identifiant

CAB CONV ZISD IK SPEC

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

 MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez un case de la ligne suivante) SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(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 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 Asi 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)

LANG Géraldine

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 : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des 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		
							I.D. ②	I.K.	montant ③
							M.D.	nbre	
0 4 0 5 2 0 1 8	Z C Q H 0 0 1 1			Y	5 8,5 3				
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

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

5 8,5 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 actessignature 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, article 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. L'application de la loi de Part patient : 58,53 € pour pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.