

# feuille de soins - médecin

numéro de facture (facultatif)

01602319 - PAPIER - Dossier N° 221905280089 (accumb. 1518131)

date 28 / 05 / 2019

## PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURÉ(E)

RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

ROBERT-BETHUNE Corinne

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

nationalité 2 6 9 0 1 9 5 6 8 0 0 1 9 3 2

0 1 2 1 1 2 1 0 0

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)

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

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

nationalité

## L'ASSURÉ(E)

ARGUERITE 21200 BEAUNE

## IDENTIFICATION DU MEDECIN

ERIC PAGE

AGNOSTIC ET IMAGERIE

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

CIM MAISON DE SANTÉ BEAUNE  
BAT A, 5 RUE RÉG. DE BOURGOGNE  
21200 BEAUNE

CONVENTIONNE

=>21 1 81792 9 00 1 24 1 06

PLACANT

dispositif de coordination de soins - réseau de santé

## CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

(si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

au protocole ALD  action de prévention  autre

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

payé par un tiers : non  oui  date J J M M A A A A

TE date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement J J M M A A A A

numéro ou date J J M M A A A A

niveau médecin traitant cochez cette case

renvoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

du médecin : LANG Géraldine

(cochez une case de la ligne suivante)

urgence  hors résidence habituelle  médecin traitant remplacé  accès hors coordination

## ACTES EFFECTUES

soins sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A

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 M.D.	I.K. nbre montant ③
QEQM001	1		2	20,79			

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)

20,79