



N° 11390*04

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. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

24073.

date 19 05 2019

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 ROBERT - BETHUNE CORINNE
(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

numéro d'immatriculation 269019568001932

date de naissance 11 01 1969

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)

34 rue Sainte Marguerite 21200 Beaune

IDENTIFICATION DE L'AUXILIAIRE MEDICAL(E)

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

MADEMOISELLE MAUCOURANT Floriane
SCP de Masseurs Kinésithérapeutes
26 MASSEUR-KINESITHERAPEUTE

~~MAISON MEDICALE BEAUNE SAINTE~~
~~5 RUE DU REGIMENT DE BOURGOGNE~~
2 PLACE MARLENE
21200 BEAUNE

CONVENTIONNE

AUXILIAIRE MEDICAL(E) REMPLACANT(E)

nom et prénom

identifiant

=> 21 7 06705 7 00 1 30 1 26 n°AM

dispositif de coordination de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom LANG.

identifiant 211047295

raison sociale

n° de la structure (AM, FINESSE ou SIRET)

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS

prestation ou traitement prescrit le 16 09 2019 accord préalable du 05 11 2019

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 "B" et les recommandations importantes)

soins en rapport avec le 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 A

ACTES EFFECTUES

dates des actes	codes des actes	tarification	montant des honoraires ①	dépass.	frais de déplacement		
					I.F. ②	I.K. nbre	montant ③
07 02 2019	AND 35 + HN		16,13	387			
11 02 2019	NE PAS UTILISER						
11 02 2019	EN ATTENTE						
21 02 2019	DU CODAGE						
	DES ACTES						

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) 60,00

l'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

Quiconque se rend coupable de fraude ou 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.

IMP-COSTE - 07200 AUBENAS

FSAM 01-2011 S 3129 e