

QUITTANCE

HOSPICES CIVILS DE BEAUNE
, GUIGONE DE SALINS
21200 BEAUNE
N° FINESS : 210012175

N° d'étiquette N° Quittance
211895069 78435

Emis le : 21/04/2021
Régie : 2 - REGIE LIBERALE
Poste régie : 17
Quittancier : 4

M Nom : BELIN LEDUC
A Né(e) : LEDUC
L Prenom : GERALDINE
A Né(e) le : 27/06/1968 A : NOGENT LE ROTR
D Adresse : 6 , Rue MAUCHAMP
E RESIDENCE DU LAC LES DAIMS

DESTINATAIRE

BELIN LEDUC GERALDINE
6 Rue MAUCHAMP
RESIDENCE DU LAC LES DAIMS

21200 BEAUNE
France

21200 BEAUNE
France

Entré(e) le : 19/04/2021
Sorti(e) le : 19/04/2021

Parcours de soins: D

A Nom/Prenom : BELIN LEDUC
S CPAM : MSA DIJON OUVRIERS
S Mutuelle :

GERALDINE
N° SS : 268062828004573
N° mutuelle :

PRATICIEN : LECLERCQ GILLES
ACTIVITE PRIVEE

FRAIS EXTERNES

Date	Libellé	(Tarif)	(Coeff.)	Nb de jours ou SpécPSC Nb d'actes	Tarif	Dép.	Montant
19/04/2021	Consult.de specialist Dont Dépassement ,00	CS 1		0 C18	23,00	0,00	39,00 EUR
19/04/2021	Majoration provis spe	MPC 1		0 C18	2,00	0,00	2,00 EUR
19/04/2021	Majoration coord spec	MCS 1		0 C18	5,00	0,00	5,00 EUR
TOTAL :							46,00 EUR

Mode de paiement : EUR-CHEQUE
(*Montant incluant la TVA)

Cachet de l'hôpital :

CENTRE HOSPITALIER de BEAUNE
Service Gynécologie Obstétrique
Docteur Gilles LECLERCQ



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 19 04 2021

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

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

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

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

numéro d'immatriculation

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION DU MEDECIN

Docteur **LECLERCQ Gilles**

07 Gynécologie Obstétrique

Conventionnelle Hono. Lib.

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

CH BEAUNE

Avenue Guigone de Salins

21200 BEAUNE

=> 21 1 03537 3 00 3 30 1 07 n°AM

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. 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 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

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 : 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 M.D.	nbre	I.K. montant ③
19 04 2021				CS + FCPS + AT/PC	46				
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)

46

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 fausses déclarations 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. 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.