

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 Parent Caroline  
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))  
numéro d'immatriculation 277042123 / 209 28  
date de naissance 19041977

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)

14 Rue Pierre goigneaux 41000 Beaune

IDENTIFICATION DU MEDECIN

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

Docteur PONNELLE Catherine  
01

Conventionné

38 Faubourg Saint Nicolas

21200 BEAUNE

=> 21 1 00876 8 00 1 20 1 01

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom  
identifiant

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 : Docteur Pingot  
(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
	22042021	FGRB	002	1	37,02				
		FGRB	003	2	14,40				

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)

51,42

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



# 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 J J M M A A A A

## 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 **Parent Corbine**  
 (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))  
 numéro d'immatriculation **277042123120928**  
 date de naissance **19041977**

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)

**14 Rue Pierre Joigneaux 21200 Beaune**

### IDENTIFICATION DU MEDECIN

### IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

**Docteur PONNELLE Catherine**  
01

Conventionné

38 Faubourg Saint Nicolas  
21200 BEAUNE=> **21 1 00876 8 00 1 20 1 01**

### MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom  
 identifiant

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 A.I.D.  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 : **Docteur Pingot**  
(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.	I.K. nbre montant ③
23 04 2021	GLQ P002	1		1	76,80			
J J M M A A A A	Y Y X X 0 0 6	1		2	21,12			
J J M M A A A A								
J J M M A A A A								

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)

**97,92**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 

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'incrimination (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.