

10 09 2022

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 COUME**  
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))  
numéro d'immatriculation **263 01 95 68 00 19 32**  
date de naissance **11 01 1969**  
code de l'organisme de rattachement en cas de dispense d'avance des frais (à remplir par le médecin) **01 211 2130**

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)

**34 rue Sainte Marguerite 21200 Beaune**

IDENTIFICATION DU MEDECIN

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

DOCTEUR CHARRA Clement

01 MEDECINE GENERALE

23 Rue de Serrigny

21550 LADOIX SERRIGNY

MATTO Clémence  
Médecin remplaçant  
N°PS 10101540398

CONVENTIONNE

=> 21 1 04440 9 00 1 20 1 01 n°AM

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)  
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

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

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 / VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépassé	trais de déplacement	
							LD M.D.	IK: nombre montant
10 09 2022	GS				25			
10 09 2022	CRP				26,50			
J J M M A A A A								
J J M M A A A A								

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)

54,50

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 **Charra Clement**  
signature de l'assuré(e) **Robert Bethune Coume**  
impossibilité de signer