

PERSONNE RECEVANT les SOINS

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est à compléter)

nom et prénom
(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

numéro d'immatriculation

date de naissance

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(se))

numéro d'immatriculation

ADRESSE de L'ASSURE(E)

MEDECIN (à remplir par le médecin)

n° FINESS

entente préalable du

CONDITIONS de PRISE en CHARGE des SOINS (à remplir par le médecin)

MALADIE exonération du ticket modérateur : non oui (si oui, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD action de prévention personne visée à l'art. L. 115 autre

accident causé par un tiers : non oui

MATERNITE date présumée de début

AT/MP numéro

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant (si non, cochez une case de la ligne suivante)

nom et prénom du médecin traitant

accès direct spécifique urgence hors résidence habituelle médecin traitant remplacé accès hors coordination

8. Accès direct spécifique : case cochée par le spécialiste autorisé à recevoir ses patients directement sans envoi de la part du médecin traitant pour ses actes courants (ophtalmo, gynéco, stomato ...).

ACTES ET ACTIVITÉS

9. Urgence : le médecin qui coche cette case s'engage à facturer des tarifs sans dépassement.

10. Hors résidence habituelle : cette case est cochée lorsque vous vous trouvez éloigné de votre domicile habituel en raison de congés ou d'un déplacement. Par exemple si votre médecin traitant se trouve chez vos parents en province et que vous consultez à Paris.

11. Médecin traitant remplacé : cette notion s'entend par l'indisponibilité de votre médecin traitant désigné, en raison de son absence, et vous obligeant à recourir à un autre praticien du cabinet ou à un autre cabinet médical. S'il s'agit du remplaçant habituel utilisant les feuilles de soins du médecin traitant, cette case n'a pas à être cochée.

12. Accès hors coordination : cette case est remplie par le praticien (autre que votre médecin traitant désigné) que vous consultez directement. Vous êtes hors parcours de soins et moins bien remboursé.

PAIEMENT (à remplir par le médecin)

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)

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

13. N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L. 132-1 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. 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.

(\*) voir notice au verso