

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. 115 (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 de accouchement J | M | A | A | A | A

AT/MP numéro ou date 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 : *Dr*  
(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique  urgence  hors résidence habituelle  médecin traitant remplacé  *avec tiers payant*

*Exemple Patient non ACO non COVD avec tiers payant*

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
<i>20032020</i>		<i>@ TC</i>		<i>NPC ACS</i>	<i>3000</i>				
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) *3000*

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]* signature de l'assuré(e) impossibilité de signer *[Signature]*