

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

MATERNITE date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement J | J | M | M | A | A | A

AT/MP numéro ou date J | J | M | M | 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 : **D X**
(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

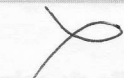


(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J | J | M | M | A | A | A)

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	L.K. montant ③
20032020		① TC		AP ACS	30,00				
J J M M A A A									
J J M M A A A									
J J M M A A A									

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) **30,00**

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 

Handwritten notes:
Souple
(Patient non ALD)
non COVID
dans Tiers payant