

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 SAURAGE Florence

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

numéro d'immatriculation 2 640 49 860 7 083 42

date de naissance 23 04 1964

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 HAYA SEGORIA Antonio

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

numéro d'immatriculation 1 640 399 134 467 81

ADRESSE de L'ASSURE(E)

37 Rue des Harleottes 78360 MONTESSON

MEDECIN (à remplir par le médecin)

identification du médecin ou de l'établissement

DOCTEUR SOLANGE BATAILLE

01 MEDECINE GENERALE

conventionnelle

258 BIS AVENUE G. PERI
RESIDENCE LE GD CHENE IMM LES E
TEL: 0139149173

78360 MONTESSON

si les soins sont dispensés à titre libéral, dans un établissement
cachet de cet établissementmédecin salarié
n° d'identification spécialité

nom

=> 78 1 07427 3 00 1 11 1 01

CHB. CHM. Z. ISD TK SPEC

n°
FINESSentente
préalable du J J M M A A A A

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 ☐ 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 (s'il ne l'est pas, 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 ☐

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)

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	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. M.D.	I.K. nbre	I.K. montant
09 01 2009		C			22,00				
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 (à remplir par le médecin)

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

22,00

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 actessignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer