

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

20031997

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

numéro d'immatriculation

1640399134467 81

ADRESSE de L'ASSURE(E)

37 Rue des Herpelles 78360 MONTESSEN

MEDECIN (à remplir par le médecin)

identification du médecin ou de l'établissement

DOCTEUR LUC BABOURDIN

01 MEDECINE GENERALE

17 BIS ROUTE DE MONTESSON
TEL: 0130710980

con. Fano. libres

78110 LE VESINET

=> 78 1 08316 7 00 3 31 0 01

ORG. DONT. Z. ISO. EK. SPG.

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

nom

n°
FINESSentente
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 ☐

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 (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.	I.K.	
							M.D.	nbre	montant
22012009			C		30€				
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)

30€

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

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L. 377-1 et L. 471-3 du Code de la sécurité sociale, 441-1 du Code pénal)
Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.
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