

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

Número d'immatriculation **1640399134467** **81**
Date de naissance
Nom - Prénom
(suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage) **HAYA SEGOVIA, ANTONIO**
ADRESSE
37 Rue des Herlettes
78360 MONTesson

SITUATION A LA DATE DE LA PROPOSITION DU TRAITEMENT

☐ ACTIVITÉ SALARIEE ou arrêt de travail ☐ ACTIVITE NON SALARIEE
☐ SANS EMPLOI - Date de cessation d'activité
☐ PENSIONNE(E) ☐ AUTRE CAS, lequel

(1) Mettre une croix dans la case de la réponse exacte

"LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET/OU D'EMPRISONNEMENT QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DECLARATIONS (articles L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441.1 du Code Pénal)"

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT (1)

Profession habituelle exercée par le patient
S'agit-il d'un accident ? ☐ OUI ☐ NON Date
Si le malade est PENSIONNE DE GUERRE et si les soins concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case ☐

SI LE PATIENT N'EST PAS L'ASSURE(E)

NOM **HAYA SAUVAGE**
Prénom **CELINE** Date de naissance **70/3/97**

Est-il titulaire d'une pension ? ☐ OUI ☐ NON
Adresse de l'intéressé(e), dans le cas où il(elle) ne réside pas chez l'assuré(e)

Signature
de l'assuré(e)J'atteste sur l'honneur, l'exactitude
des renseignements portés ci-dessus.

MODE DE REMBOURSEMENT (2)

☐ VIREMENT A UN COMPTE POSTAL, BANCAIRE OU DE CAISSE D'EPARGNE

Lors de la première demande de remboursement par virement à un compte postal, bancaire ou de caisse d'épargne ou en cas de changement de compte, joindre le relevé d'identité correspondant.

☐ AUTRE MODE DE PAIEMENT

(2) Mettre une croix dans la case de la réponse exacte

LA LOI 78.17 du 6.1.78 RELATIVE A L'INFORMATIQUE, AUX FICHIERS ET AUX LIBERTES S'APPLIQUE AUX REPONSES FAITES SUR CE FORMULAIRE. ELLE GARANTIT UN DROIT D'ACCES ET DE RECTIFICATION POUR LES DONNEES VOUS CONCERNANT, AUPRES DE VOTRE ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE.

PARTIE RESERVEE A LA FACTURATION DU PHARMACIEN

1ere facturation
du pharmacien

	Tarification détaillée ou opérations diverses	TOTAL
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		

Montant brut des produits

Somme effectivement perçue €

Date de l'ordonnance

Date de la facture

CACHET

1ere ORDONNANCE

L'assuré(e) conserve l'original
de l'ordonnance et adresse
le second exemplaire à son
organisme d'assurance maladie

Coller ici
les vignettes
dans l'ordre
de la prescription

Cachet du pharmacien
attestant le paiement
(Si le système du tiers
payant est appliqué,
le mentionner)

2eme facturation
du pharmacien

	Tarification détaillée ou opérations diverses	TOTAL
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		

Montant brut des produits

Somme effectivement perçue €

Date de l'ordonnance

Date de la facture

CACHET

2eme ORDONNANCE

L'assuré(e) conserve l'original
de l'ordonnance et adresse
le second exemplaire à son
organisme d'assurance maladie

Coller ici
les vignettes
dans l'ordre
de la prescription

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN-DENTISTE OU DU CENTRE DE SOINS

DOCTEUR RENAUD Fabien

36 CHIRURGIEN-DENTISTE SPECIALISTE OOF

5 rue de la Paroisse
SELARL

Tel 01 34 80 60 37

78400 CHATOU

$$\Rightarrow 78\ 4\ 70797\ 8\quad 00\ 1\ 10\ 0\ 36$$

CAB, CONU, Z, [SB [K SPEC

- Si les soins sont dispensés à titre libéral, dans un établissement de soins, Cachet de cet établissement

- Si les soins sont dispensés par un chirurgien-dentiste salarié

NOM du chirurgien dentiste

IDENTIFICATION

PARTIE RESERVEE AU CHIRURGIEN DENTISTE

RADIATIONS IONISANTES :

Rétroalvéolaire

N° d'agrément de l'appareil

Panoramique 200678146000301

Téléradiographie 200678146000301

NOM et PRENOM DU PATIENT

(à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé(e))

HAYA SAUVAGE Inès

HONORAIRES DES ACTES NON SOUMIS à E.P.

* SI OUI mettre un 0

vingt sept euros et quatre vingt treize centimes

HONORAIRES DES ACTES SOUMIS à E.P.

en lettres

* SI OUI mettre un O

en lettres

Date de paiement des honoraires

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN-DENTISTE OU DU CENTRE DE SOINS

DOCTEUR DEPIGNY Veronique

36 CHIRURGIEN-DENTISTE SPECIALISTE ODF

5 rue de la Paroisse

SELARL

Tel 01 34 80 80 37

78400 CHATOU

$$\Rightarrow 78\ 4\ 70796\ 0\quad 00\ 1\ 10\ 0\ 36$$

CRB, COMU, Z.I'SO IK SPEC

- Si les soins sont dispensés à titre libéral, dans un établissement de soins, Cachet de cet établissement

- Si les soins sont dispensés par un chirurgien-dentiste salarié

NOM du chirurgien dentiste

IDENTIFICATION

PARTIE RESERVEE AU CHIRURGIEN DENTISTE

RADIATIONS IONISANTES :

Rétroalvéolaire

N° d'agrément de l'appareil

Panoramique

200678146000301

Téléradiographique 200678146000301

NOM et PRENOM DU PATIENT

(à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé(e))

HAYA SAUVAGE Celine

HONORAIRES DES ACTES NON SOUMIS à E.P.

TOTAL DES COEFFICIENTS

TOTAL DES HONORAIRES
PERCUS** (en chiffres)

* SI OUI mettre un O

€

HONORAIRES DES ACTES SOUMIS à E.P.

en lettres

[illegible]

TOTAL DES COEFFICIENTS

TO 45

TOTAL DES HONORAIRES
PERCUS (en chiffres)

500.00 €

€

* SI OUI mettre un O

cinq cents euros et zéro centime

en lettres

Date de paiement des honoraires