

bénéficiaire des soins et assuré(e) (*)

● bénéficiaire des soins (les nom et prénom du patient sont obligatoirement remplis par le médecin)

nom-prénom

(suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

numéro d'immatriculation (*)

en cas de dispense d'avance des frais

code organisme
de rattachement

(si celui-ci ne vous a pas été communiqué, remplissez la ligne suivante)

date de naissance du bénéficiaire des soins

J | J | M | M | A | A | A | A

rang de naissance, si jumeaux

● assuré (à remplir si le bénéficiaire des soins n'est pas l'assuré)

nom-prénom

(suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

numéro d'immatriculation

● adresse

médecin

● identification du médecin ou de l'établissement

si les soins sont dispensés à titre libéral, dans un établissement
cachet de cet établissement

médecin salarié d'un centre de soins

n° d'identification

spécialité

nom

entente préalable du

J | J | M | M | A | A | A | A

conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins (à remplir par le médecin)

maladie

exonération du ticket modérateur : non

oui

(si oui, cochez une case de la ligne suivante)

soins en rapport avec ALD

soins en rapport avec K >=50

soins en rapport avec action de prévention

autre

accident causé par un tiers

non

oui

date

J | J | M | M | A | A | A | A

soins en rapport avec art. L 115

maternité

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

actes effectués (à remplir par le médecin)

dates des actes	codes des actes	éléments de tarification			montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement		
		C,CS CNPSY	VVS VNPSY	autres actes (K, Z, CsC, P..)			I.D. 2	I.K.	
								nbre	montant 3
J J M M A A A A	NE PAS UTILISER								
J J M M A A A A	EN ATTENTE								
J J M M A A A A	DU CODAGE								
J J M M A A A A	DES ACTES								
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

règlement (à remplir par le médecin)

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

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)

absence de
signature

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, vous pouvez obtenir 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

quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

La feuille de soins a été simplifiée, les informations que vous devez remplir sont maintenant peu nombreuses :

- il s'agit de celles figurant dans la rubrique "bénéficiaire des soins et assuré(e)", y compris votre adresse.
- vous devez aussi signer la feuille de soins.

Le bon remplissage des rubriques conditionne le remboursement, par l'assurance maladie, des actes effectués.

Si votre médecin vous prescrit des produits pharmaceutiques, votre pharmacien établira sa feuille de soins à laquelle vous joindrez le double de votre ordonnance pour le remboursement.

quelques conseils pour remplir la rubrique bénéficiaire des soins et assuré(e)

En cas de dispense d'avance de frais, l'ensemble de ce cadre sera rempli par votre médecin, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

Si vous payez votre médecin, celui-ci remplira vos nom et prénom, dans la rubrique bénéficiaire des soins, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale.

Le **code organisme de rattachement** n'est **pas à préciser**.

Les autres rubriques seront remplies par vos soins

- vous êtes le **bénéficiaire des soins** et vous êtes **assuré social** indiquez :
 - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de l'attestation papier accompagnant votre carte Vitale)
- vous êtes le **bénéficiaire des soins** et vous êtes **ayant droit d'un assuré social** indiquez :
 - votre **numéro d'immatriculation**
ou si celui-ci ne vous a pas été communiqué
 - votre **date de naissance** et votre **rang de naissance** (si celui-ci figure sur l'attestation papier accompagnant votre carte Vitale)
 - le **nom** et le **prénom de l'assuré** dont vous êtes l'ayant droit
 - son **numéro d'immatriculation**

Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à remplir par votre médecin mais vous pouvez l'aider en lui apportant les informations vous concernant.

Afin de permettre à votre médecin de connaître votre situation en matière d'exonération ou non du ticket modérateur n'oubliez pas de lui présenter votre carte Vitale.

- Si vos soins sont en rapport avec un accident causé par un tiers précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces informations permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail dont vous avez été victime ou avec une maladie professionnelle, présentez à votre médecin la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

recommandations importantes

N'oubliez pas de présenter à chaque consultation ou visite **votre carnet de santé** à votre médecin.

Prévenez votre organisme d'assurance maladie en **cas de changement intervenant dans votre situation**, par exemple :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations, **n'oubliez pas** également d'indiquer **votre nouvelle adresse sur la feuille de soins**.