



## feuille de soins - médecin

Art R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale  
Art L 115 du Code des pensions militaires et des victimes de guerre

date

### 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

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A

code de l'organisme de rattachement  
en cas de dispense 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

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

numéro d'immatriculation

**ADRESSE de L'ASSURE(E)**

### MEDECIN (à remplir par le médecin)

identification du médecin ou de l'établissement

**DOCTEUR FOLAMOUR**  
**3, rue de Bretagne**  
**75003 PARIS**

### 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 ☐ section de prévention ☐ personne visée à l'art. 115 ☐ autre ☐

accident causé par un tiers : non ☐ oui ☐ date J J M M A A A A

☐ **MATERNITE** date présumée du début de grossesse ou date d'accouchement J J M M A A A A

☐ **AT/MP**

si vous êtes le nouveau médecin traitant, cochez cette case ☐

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessus  
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	autres actes	montant des honoraires

### PAIEMENT( à remplir par le médecin)

**MONTANT TOTAL**  
en euros

L'assurée n'a pas payé la part obligatoire ☐

L'assurée n'a pas payé la part complémentaire ☐

signature  
du médecin

signature de  
l'assuré(e)

impossibilité  
de signer