SÉCURITÉ SOCIALE
l'Assurance Maladie
HAUTS-DE-SEINE

Sur ameli.fr
Avec mon compte
je suis mes remboursements
en temps réel !

WWW ameli.fr
L'ASSURANCE MALADIE EN LIGNE

CPAM 92
92026 Nai
0024917899 114243 150
eco' pli CI 1505 04.03.14 59 LILLE PIC

Docteur DREUX DOMINIQUE
9 AVENUE DE GOMMONVILLIERS
91430 IGNY

Identifiant : 91 1 06 879

Pour tout contact : ☎ **0 811 709 092**
(prix d'un appel local depuis un poste fixe)

Dossier suivi par : Valentin Dath

Le 27 février 2014

Espace Pro

Avec Espace pro, vous pouvez suivre en temps réel vos paiements en tiers payant, commander vos formulaires, vous informer sur les droits à l'assurance maladie de vos patients ou encore contacter en ligne votre caisse d'Assurance Maladie.

Madame, Monsieur,

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Hauts de Seine vous informe ne plus accepter les feuilles de soins non télétransmises à compter du 1er Janvier 2014.

Je vous prie de trouver en retour les factures tiers payant que je vous invite à télétransmettre en mode dégradé en l'absence de la Carte Vitale de l'assuré ou du bénéficiaire.

En cas de problème technique, vous pouvez prendre contact avec un conseiller de la caisse par téléphone au : **0 811 709 092**

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

1306

Gérer votre activité sur ameli.fr !
Installation en libéral, télétransmission... toutes les informations pour faciliter votre exercice en libéral.

7263044917899905003

V1 02.13

Adresse postale unique
CPAM 92
92026 Nanterre cedex

A chaque public, son numéro
Assurés **36 46** (Prix d'un appel local depuis un poste fixe)
Professionnels de santé **0 811 709 092** (Prix d'un appel local depuis un poste fixe)
Employeurs **0 811 712 726** (Prix d'un appel local depuis un poste fixe)

www.ameli.fr

cerfa
N° 12541 *01

Art R 161-40 et suivants du Code de la securite sociale
Art L 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

92

date 21 01 2014.

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

numéro d'immatriculation 7 18 90 13 033 540 73

755 00017
code de l'organisme de rattachement en cas de dispense d'avance des frais (à remplir par le médecin)

date de naissance 01 01 1933

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)
10 rue des Ruchères 91430 IGNY.

MEDECIN (à remplir par le médecin)

identification du médecin ou de l'établissement

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

medecin salarié n° d'identification

specialité

DOCTEUR DREUX DOMINIQUE
01

Conventionné

nom

0009 AV DE GOMMONVILLIERS
91430 IGNY TEL 01.69.41 08.89

=> 91 1 06879 9 00 1 11 1 01
CAB CONV ZID IK SPEC

n° FINESS

entente préalable du

CONDITIONS de PRISE en CHARGE des SOINS (à remplir par le médecin)

X **MALADIE** exonération du ticket modérateur : non oui X *(si oui, cochez une case de la ligne suivante)*

acte conforme au protocole ALD — action de prévention — personne visée à l'art. L. 115 — AME — autre X

accident causé par un tiers : non oui date

MATERNITE date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

AT/MP numéro ou date

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 1	dépass.	frais de déplacement I.D. M.D.	I.K. nbre	montant 3
22 01 2014			C		23 00				

PAIEMENT (à remplir par le médecin)

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) 23

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)	impossibilité de signer

La loi rend passible d'amende et de emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art L 377-1 et L 471-3 du Code de la securite sociale 441-1 du Code penal)
Les informations figurant sur cette feuille, y compris le detail des actes et des prestations servies, sont destinees a votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de controle
En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiee, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas echeant, leur rectification en vous adressant aupres de votre organisme d'assurance maladie

(*) voir notice au verso

FMR01-05 S 3110i

1307

7263044917899064 01