

M GARRIGOU GRANDCHAMP MARCEL
56 R JEANNE D ARC
69003 LYON

Nom du bénéficiaire : ██████████
Prénom : ██████████
N° de sécurité sociale de l'assuré : ██████████
Identifiant : 691070676
Référence : 116901-4480-01-19-008-092

Date : 09/01/2019

Objet : Feuille de soins non conforme

Madame, Monsieur,

Vous nous avez transmis une demande de remboursement que nous ne pouvons pas honorer pour le motif suivant :

Le pavé détail des actes ou des prestations est erroné, illisible ou non conforme à la réglementation en vigueur.

Nous vous invitons à corriger l'anomalie soit en télétransmettant la facture en mode dégradé dans les conditions habituelles (envoi des pièces justificatives : bordereau, facture et prescription médicale etc...

par SCOR ou papier), soit en élaborant une nouvelle feuille de soins CERFA conforme à la réglementation et sans la mention "duplicata".

Avec toute mon attention,

Votre correspondant de l'Assurance Maladie



feuille de soins - médecin

numero de feuille (facultatif)

N° 12541*02

Art. R. 163-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

date 24/12/2018

19000309271

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

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

2018

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

ASSURE(E) (à compléter si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION DU MEDECIN

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

DOCTEUR MARCEL GARRIGOU GRANDCHAMP

01 MÉDECINE GÉNÉRALE

56 RUE JEANNE D'ARC

COMMUNES LIÉGES

69003 LYON

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

⇒ 69 1 07067 6 00 3 32 1 01 n°AM

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

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

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "0")
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole A.I.D.

action de prévention

autre

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

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'avis préalable, indiquez la date de la demande :

dates des
actescodes des
actes

activités

C. CS
CNPSY
V. VS
VNPSYautres actes
(K, CsC, P...)
éléments de tarification
CCAMmontant des
honoraires
facturés ①

dépass

LD ②

M.D

nbre

L.K.

montant ③

24/12/2018

GS AFG

30,00

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

30,00

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 signerQuiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).
Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations agréés, 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.

IMP. GUSTAF AUBENAS

FSM 01-2011 S 3110j