

Cabinet Fiche Impr

1: Dr. [Icon]

Nouveau [Icon]

Chercher [Icon]

Soins: F6 [Icon]

Bouche: F4 [Icon]

Observ: F3 [Icon]

Intolérances [Icon]

Imagerie: F5 [Icon]

Echéancier [Icon]

Agenda [Icon]

Total: 74,71

Sélection	Famille	N° feuille	Montant
1		feuille n° 1	74,71

Impression d'un Reçu Validation Directe

Soins Soins Prev. Duplicatas DRE Soins Prévalidations

06/11/2014

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le praticien)

nom et prénom: Y

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES ACTES

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

actes en rapport avec une ALD ? action de prévention autre

accident causé par un tiers non ? oui ? date

AT/MP numéro ou date

ACTES EFFECTUES

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

dates des actes	codes des actes	actes	C, CC, V, VS	autres actes (TO...) éléments de justification CCAM (modificateurs, association...)	montant des honoraires facturés	départ	frais de déplacement
							I.D. M.D. nbre. I.K. montant
06/11/2014	HBMD049 EXP	1		4	33,74 €		
06/11/2014	HBMD038 EXP	1		4	40,97 €		

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) 74,71 €

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

e 2014

Cab 1

04562

Carte lue

00:00

ment