

BIEN REMPLIR SA FEUILLE DE SOINS

Haut de page de ma feuille de soins

	feuille de soins - médecin	numéro de facture (facultatif)
N° 12541 *02	Art. R. 161-40 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 J J M M A A A A
	PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)	
1	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))	
2	numéro d'immatriculation _____	

3	date de naissance J J M M A A A A	
	ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))	
	nom et prénom _____	
	(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))	
	numéro d'immatriculation _____	
4	ADRESSE DE L'ASSURE(E)	

	IDENTIFICATION DU MEDECIN	
	IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE	

Bas de page de ma feuille de soins

PAIEMENT			
	MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)	_____	
l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire	<input type="checkbox"/>	l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire	<input type="checkbox"/>
signature du médecin ayant effectué l'acte ou les actes	_____	5 signature de l'assuré(e)	impossibilité de signer <input type="checkbox"/>
<small>Quiconque 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 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 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.</small>			
FSM 01-2011 S 3110j			

1	Mon médecin inscrit mes nom et prénom.				
2	J'indique mon N° d'immatriculation à 15 chiffres de Sécurité sociale.				
3	J'indique ma date de naissance (jour, mois, année).				
4	J'indique mon adresse .				
5	Je signe ma feuille de soins				
6	J'envoie ma feuille de soins à mon agence SMERAG				
	GUADELOUPE : SMERAG - BP 379 97162 Pointe-à-Pitre cedex		MARTINIQUE : SMERAG - CS 61136 97249 Fort-de-France cedex		GUYANE : SMERAG - BP 662 97335 Cayenne cedex