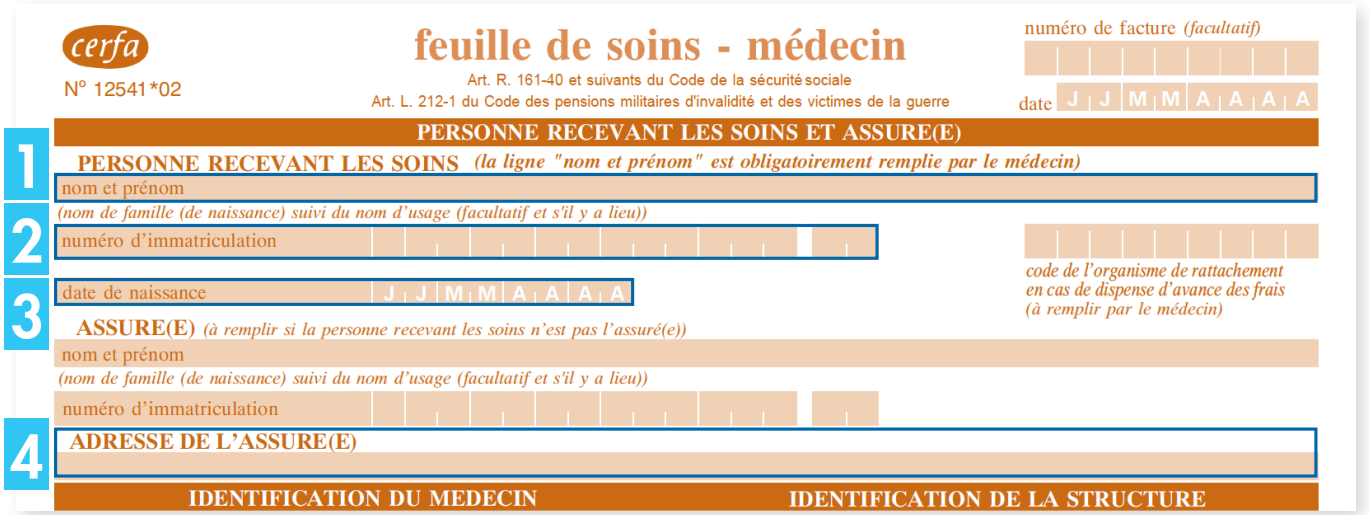
BIEN REMPLIR SA FEUILLE DE SOINS

Haut de page de ma feuille de soins



cerfa
N° 12541*02

feuille de soins - médecin

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

numéro de facture *(facultatif)*

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

code de l'organisme de rattachement en cas de dispense d'avance 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

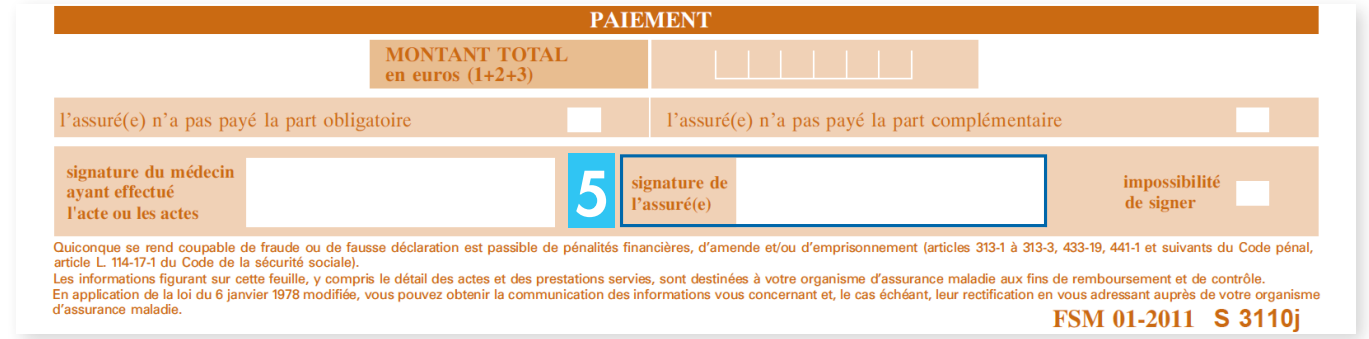
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

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

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

signature du médecin ayant effectué l'acte ou les actes

5 **signature de l'assuré(e)**

impossibilité de signer

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.

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 la SEM**

SMEREP-SEM - 16, Boulevard du Général Leclerc - 92115 Clichy CEDEX

SEM Assurance santé des étudiants étrangers