



cerfa
N° 12541*02

feuille de soins

médecin - à compléter par le médecin et l'assuré(e) et à envoyer à la caisse
d'assurance maladie

articles L.161-33 et R.161-40 du
code de la sécurité sociale

personne recevant les soins et assuré(e)

nom et prénom **HADDAD Geneviève**

numéro d'immatriculation **2 9 3 0 5 7 5 0 5 6 6 7 2 6 7**

date de naissance **1 9 0 5 1 9 9 3** rang de naissance

adresse de l'assuré(e) **108 rue Paul Bert, 97430 Tampon**

☐ la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e)

conditions de prise en charge des soins

☐ maladie ☐ maternité ☐ accident du travail / maladie professionnelle ☐ ALD

☒ médecin traitant : **Maxime HAMON**

☐ accès direct spécifique ☐ urgence ☐ hors résidence habituelle ☐ médecin traitant remplacé

identification du médecin

identifiant **9 7 1 3 1 4 3 9 8**

n° de structure

Docteur Maxime HAMON

Médecine générale
111 rue des Tilleuls
97426 TROIS-BASSINS
Tél. 05 36 49 64 67
N° AM 971314398

actes effectués

date	code des actes (NGAP / CCAM)	coefficient	montant des honoraires	dépassement
24/09/2025	G + MU	1	40,00 €	

montant total **40,00 €**

paiement

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

☒ l'assuré(e) a payé la totalité des honoraires

signature du médecin

date **2 4 0 9 2 0 2 5**

signature de l'assuré(e)

je certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette feuille

Quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations 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). La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire.