

TITRE - FORFAIT TECHNIQUE

ACTES D'IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE NUCLEAIRE
ACTES DE SCANOGRAPHIE753
035ASSURANCE
MALADIE

- 1^{er} volet : destiné à l'organisme de paiement
2^e volet : destiné au praticien
3^e volet : destiné à l'établissement ou à la société

IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT OU DE LA SOCIETE		RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)	
NOM	<input type="text"/>	NUMERO D'IMMATRICULATION	<input type="text"/>
ADRESSE	<input type="text"/>	NOM PATRONYMIQUE (nom de naissance)	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>	NOM D'USAGE (facultatif) (nom d'époux(se), veuf(ve) divorcée ou autre parent)	<input type="text"/>
N° de l'établissement ou de la société	<input type="text"/>	PRENOMS	<input type="text"/>
N° de l'appareil ou N° d'agrément	<input type="text"/>	ADRESSE	<input type="text"/>
Date d'installation	<input type="text"/>	CODE ORGANISME D'AFFILIATION (1)	<input type="text"/>
Puissance ou classe de l'appareil	<input type="text"/>	NOM ET ADRESSE DE L'ORGANISME DE PAIEMENT	<input type="text"/>
Tarifification du forfait technique	n° d'ordre de l'examen (3)		
normal <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
réduit <input type="checkbox"/> (3)	Montant en euros		
	<input type="text"/>		
REMBOURSEMENT (2)		RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (1)	
<input type="checkbox"/> A L'EXPLOITANT	<input type="checkbox"/> A L'ASSURE(E)	Droits jusqu'au	<input type="text"/>
N° de compte postal, bancaire ou de Caisse d'Epargne et intitulé :		S'agit-il d'un accident ?	<input type="checkbox"/> OUI Date <input type="text"/>
<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> NON
		Le malade est-il hospitalisé ?	<input type="checkbox"/> OUI Date d'hospitalisation <input type="text"/>
IDENTIFICATION DU MEDECIN AYANT EFFECTUE L'ACTE		NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT	
NOM-Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ADRESSE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Téléphone	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
NUMERO D'IDENTIFICATION	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> NON	
Date de l'acte	<input type="text"/>	Si le malade est pensionné de guerre et si les soins concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case <input type="checkbox"/>	
		SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E)	
		NOM PATRONYMIQUE	<input type="text"/>
		PRENOM	<input type="text"/>
		Date de naissance	<input type="text"/>
		Lien avec l'assuré(e)	
		<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
		<input type="checkbox"/> Autre membre de la famille	
		<input type="checkbox"/> Personne vivant maritalement avec l'assuré(e)	
SIGNATURE DE L'EXPLOITANT	<input type="text"/>	J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés ci-dessus	
SIGNATURE DU MEDECIN	<input type="text"/>	SIGNATURE DE L'ASSURE(E)	
		<input type="text"/>	
La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations. (Articles L. 114-17-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 et suivants du Code pénal).		(1) se reporter à la carte d'assurance maladie	

(2) Le destinataire du remboursement ne peut en aucun cas être le médecin ayant effectué l'acte.

(3) Valable pour les scanners installés après le 1^{er} août 1991 et à compter du 1^{er} janvier 1994 pour les appareils installés antérieurement au 1^{er} août 1991.