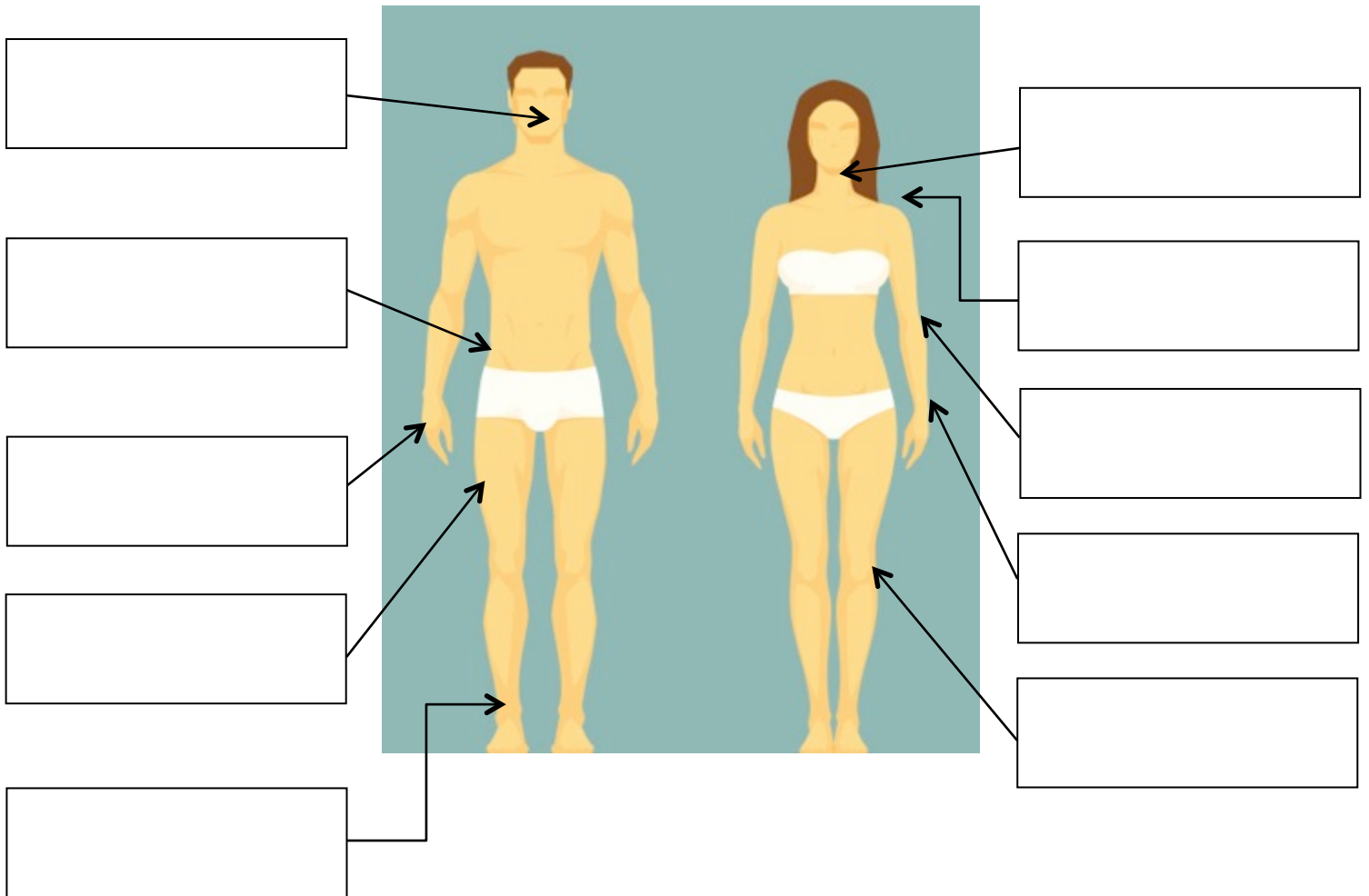


## ALLÔ DOCTEUR ?

Date du cours : ... / ... / ....




SE PRÉPARER A APPRENDRE

→ **Activité 1 : lisez les étiquettes, collez-les au bon endroit et ajoutez « le », « la » ou « l' ».**



COMPRENDRE

→ **Activité 2 : entourez la ou les bonnes réponses aux 3 questions.**

Questions	Réponse 1	Réponse 2	Réponse 3
 1. Quel est le problème de Laurent ?	Il a de la fièvre.	Il a mal à la tête.	Il a la grippe.
 2. Quelle solution propose Laurence ?	Elle appelle le médecin.	Elle appelle sa mère.	Elle va faire une boisson avec du rhum , du citron et du miel.
 3. Quelle solution préfère Laurent ?	Il préfère le rhum avec le boudin.	Il préfère danser le zouk.	Il préfère prendre des médicaments à la pharmacie.

CONSOLIDER SA MAÎTRISE DE LA LANGUE

→ **Activité 3 : ajoutez « le », « la », « les » devant les mots . Complétez les phrases comme dans l'exemple.**



**POUR VOUS AIDER**

**LE** = AU

**LA** = À LA

**LES** = AUX

**Exemples :**

**LE** DOIGT → J'AI MAL **AU** DOIGT

**LA** TÊTE → J'AI MAL **À LA** TÊTE

**LES** BRAS → J'AI MAL **AUX** BRAS

1



\_\_\_\_\_ GORGE → J'AI MAL \_\_\_\_\_ GORGE.

2



\_\_\_\_\_ VENTRE → J'AI MAL \_\_\_\_\_ VENTRE.

3



\_\_\_\_\_ DOS → J'AI MAL \_\_\_\_\_ DOS.

4



\_\_\_\_\_ CHEVILLE → J'AI MAL \_\_\_\_\_ CHEVILLE.

5



\_\_\_\_\_ DENTS → J'AI MAL \_\_\_\_\_ DENTS.

6



\_\_\_\_\_ COU → J'AI MAL \_\_\_\_\_ COU.

7



\_\_\_\_\_ GENOU → J'AI MAL \_\_\_\_\_ GENOU.

## SE METTRE EN SITUATION : DU COURS A LA RÉALITÉ

### → Activité 4 : complétez la feuille de soins suivante avec vos informations personnelles.

**cerfa** N° 11390\*04

Joindre la prescription (s'il n'y a pas eu demande d'accord préalable)

feuille de soins  
auxiliaire médical(e)

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale  
Art. L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture

date J J M M A A A A

**PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURÉ(E)**

**PERSONNE RECEVANT LES SOINS**

nom et prénom  
(nulévis, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

numéro d'immatriculation

date de naissance J J M M A A A A

**ASSURÉ(E)** (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom  
(nulévis, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

numéro d'immatriculation

ADRESSE DE L'ASSURÉ(E)

**IDENTIFICATION DE L'AUXILIAIRE MEDICAL(E)**

**IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE**

**AUXILIAIRE MEDICAL(E) REMPLACANT(E)**

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination de soins - réseau de santé

**IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**

nom et prénom

raison sociale

identifiant

n° de la structure (AME, PMSI ou SIRET)

**CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS**

prestation ou traitement prescrit le J J M M A A A A accord préalable du J J M M A A A A

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

soins en rapport avec le protocole ALD ☐ action de prévention ☐ autre ☐

accident causé par un tiers : non ☐ oui ☐ date J J M M A A A A

**MATERNITE** date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement J J M M A A A A

**AT/MP** numéro  OU date J J M M A A A A

**ACTES EFFECTUES**

dates des actes	codes des actes	tarification	montant des honoraires ①	dépass.	frais de déplacement		
					LF ②	LK. nbre	montant ③
J J M M A A A A							
J J M M A A A A	NE PAS UTILISER						
J J M M A A A A	EN ATTENTE						
J J M M A A A A	DU CODAGE						
J J M M A A A A	DES ACTES						
J J M M A A A A							

**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 de l'auxiliaire médical(e) ayant effectué l'acte ou les actes

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, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L.114-1 et L. 102-1-14 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.

FSAM 01-2011 S 3129 e