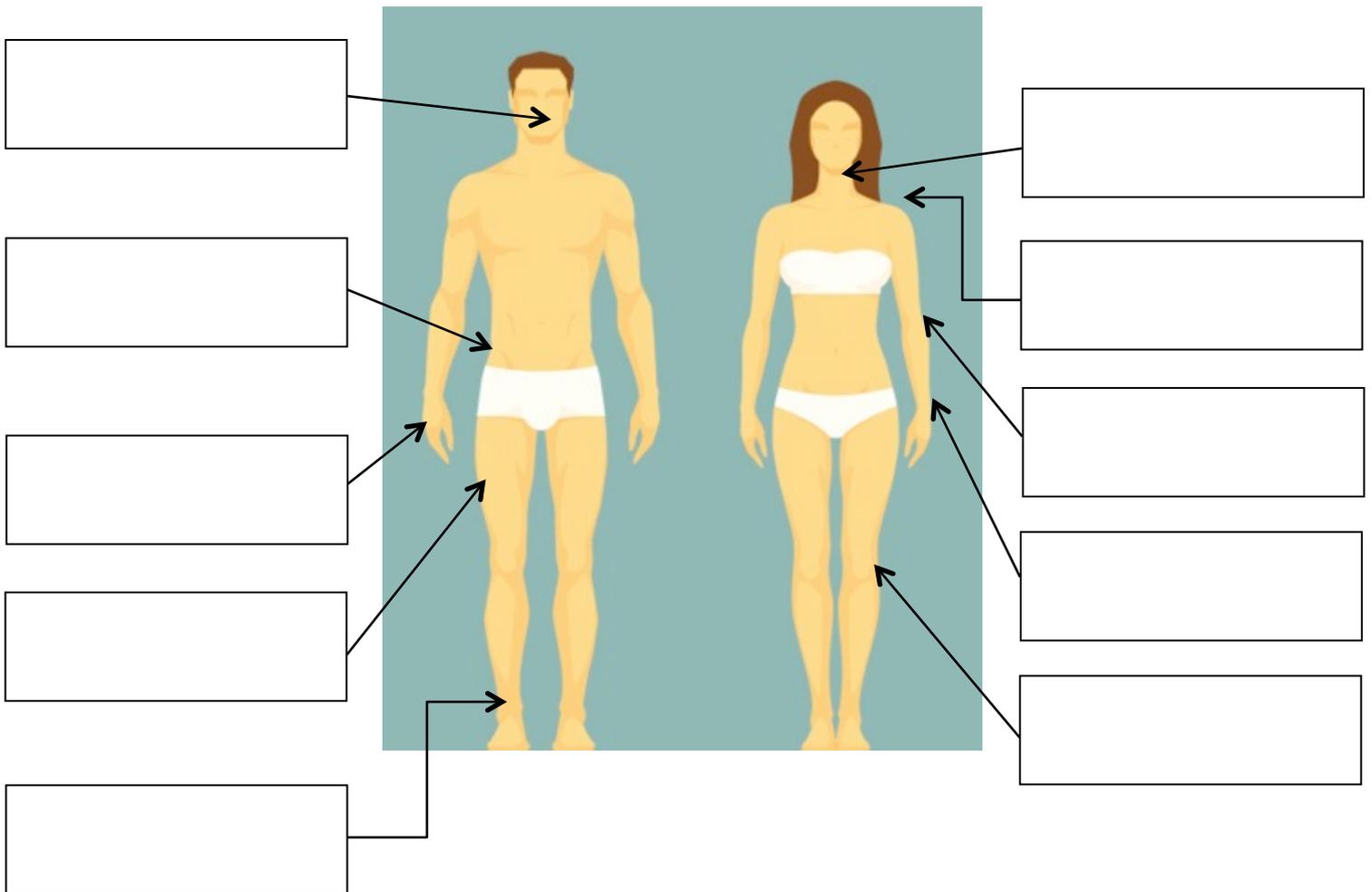


# ALLÔ DOCTEUR ?

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 (nativé, 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 (nativé, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)  
numéro d'immatriculation  
ADRESSE DE L'ASSURÉ(E)

code de l'organisme de rattachement en cas de dispense d'avance des frais (à remplir par l'auxiliaire médical(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 (AM, PMSI.S 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	DD
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 461-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 925-1-34 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 8 janvier 2013 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