

SITUATION AU REPERTOIRE SIRENE

À la date du 25/04/2024

Description de l'entreprise	Entreprise active depuis le 01/01/2019
Identifiant SIREN	847 882 636
Identifiant SIRET du siège	847 882 636 00016
Dénomination	SELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE
Catégorie juridique	5785 - Société d'exercice libéral par action simplifiée
Activité Principale Exercée (APE)	86.23Z - Pratique dentaire
Appartenance au champ de l'ESS ¹	Non
Appartenance au champ des sociétés à mission	

Description de l'établissement	Etablissement actif depuis le 01/01/2019
Identifiant SIRET	847 882 636 00016
Adresse	MARSEILLE 78 BOULEVARD MIREILLE LAUZE 13010 MARSEILLE
Activité Principale Exercée (APE)	86.23Z - Pratique dentaire

1 : Economie Sociale et Solidaire

Important : A l'exception des informations relatives à l'identification de l'entreprise, les renseignements figurant dans ce document, en particulier le code APE, n'ont de valeur que pour les applications statistiques (décret n°2007-1888 du 26 décembre 2007 portant approbation des nomenclatures d'activités françaises et de produits, paru au JO du 30 décembre 2007).

Avertissement : Aucune valeur juridique n'est attachée à l'avis de situation.



N° 11104*03

feuille de soins bucco-dentaires

CHIRURGIEN DENTISTE ☐MEDECIN ☐

numéro de facture (facultatif)

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

date

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le praticien)

nom et prénom

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

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

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le praticien, le cas échéant)

IDENTIFICATION DU PRATICIEN

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

LACROIX EDOUARD

19 CHIRURGIEN DENTISTE

CONVENTIONNE

78, BD MIREILLE LAUZE

13010 MARSEILLE

PRATICIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

=> 13 4 01935 5 00 1 20 1 19 n°AM

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES ACTES

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

ACTES dispensés au titre de l'art. L. 115
(cf. la notice au verso : § précédé de "n°" et les recommandations importantes)

actes en rapport avec une ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers

non

oui

date

AT/MP

numéro

ou

date

(les trois rubriques ci-dessous sont complétées, le cas échéant, uniquement par le médecin)

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous (s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

nom et prénom du médecin :

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande :)

dates des actes	codes des actes	n° de la demande d'accord préalable	autres actes (T.O., actes de soins de suite et de rééducation, ...)	montant des honoraires facturés	n° de la demande d'accord préalable	frais de déplacement	
						D AT/MP	LK n° et montant

localisation
anatomiquelocalisation
anatomiquelocalisation
anatomiquelocalisation
anatomique

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 praticien
ayant effectué
l'acte ou les actessignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer