cerfa

N° 11104*03

# feuille de soins bucco-dentaires

CHIRURGIEN DENTISTE [X] MEDECIN [ ]

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 *(facultatif)* 0 0 0 0 5 3 4 0 9

date 2 9 1 0 2 0 2 4

## 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 G I R O U D J E A N F R A N C O I S
*(nom de famille - de naissance - suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))*

numéro d'immatriculation

0 1 0 6 1 6 0 2 1
*code de l'organisme de rattachement en cas de dispense d'avance des frais (à remplir par le praticien, le cas échéant)*

date de naissance 1 8 0 8 1 9 5 2

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

nom et prénom GIROUD JEAN FRANCOIS
*(nom de famille - de naissance - suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))*

numéro d'immatriculation 1 5 2 0 8 2 6 3 6 2 0 6 2 6 8

**ADRESSE DE L'ASSURE(E)**

## IDENTIFICATION DU PRATICIEN

**DR ESKENAZI ROBERT**

19 CHIRURGIEN-DENTISTE

CONVENTIONNE

PRATICIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

78 BD MIREILLE LAUZE
SELARL

**13010 MARSEILLE**

=> 13 4 02055 1 00 1 20 1 19 n°AM

dispositif de coordination de soins - réseau de santé

## CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES ACTES

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

actes en rapport avec une ALD | action de prévention | autre

accident causé par un tiers non X | oui | date

AT/MP | numéro | ou | date

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

*(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 :* )

| Actes dent. codes | Codes des dents | Cas | Cotation (1) Coefficient Forfait Prix | Montant des honoraires | Dépassements | Part AM | Part assuré | Part organ. complém. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 8 1 0 2 0 2 4 H B L D 2 2 7 1 | | | X | 1 6 0 0, 0 0 | X | | | |
| localisation anatomique | 4 5 4 6 4 7 | | | | | | | |
| localisation anatomique | | | | | | | | |
| localisation anatomique | | | | | | | | |
| localisation anatomique | | | | | | | | |

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL (1 + 2 + 3) 1 6 0 0, 0 0

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 actes

signature de l'assuré(e)

tiers payant sans signature X

FSDSTO 02-2014 S3153c