



N° 11104*03

feuille de soins bucco-dentaires

CHIRURGIEN DENTISTE ☒MEDECIN ☐Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

0 0 1 0 1 7 2 4 5

date 0 7 1 1 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 TEST1 TEST
(nom de famille - de naissance - suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance 2 0 0 5 1 9 4 0

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

DOCTEUR LOMBARDOZZI ROSE

19 CHIRURGIEN DENTISTE

CONVENTIONNEE

78 BOULEVARD MIREILLE LAUZE
SELARL

13010 MARSEILLE

=> 13 4 01483 6 00 1 20 1 19

PRATICIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

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 dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "**"
et les recommandations importantes)

actes en rapport avec une ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers

non X

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 : J J M M A A A A A A)

dates des actes	codes des actes	actes	C. CS V. VS	autres actes (TO,...) éléments de tarification CCAM (médicaments, association,...)	montant des honoraires facturés	coordonné	frais de déplacement		
							I.D.	I.K.	
							M.D.	nbre	montant
0 7 1 1 2 0 2 4				CD 1		0 0 0 2 3 , 0 0 0			
localisation anatomique									
J J M M A A A A									
localisation anatomique									
J J M M A A A A									
localisation anatomique									
J J M M A A A A									
localisation anatomique									

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

0 0 0 2 3 , 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 actessignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer